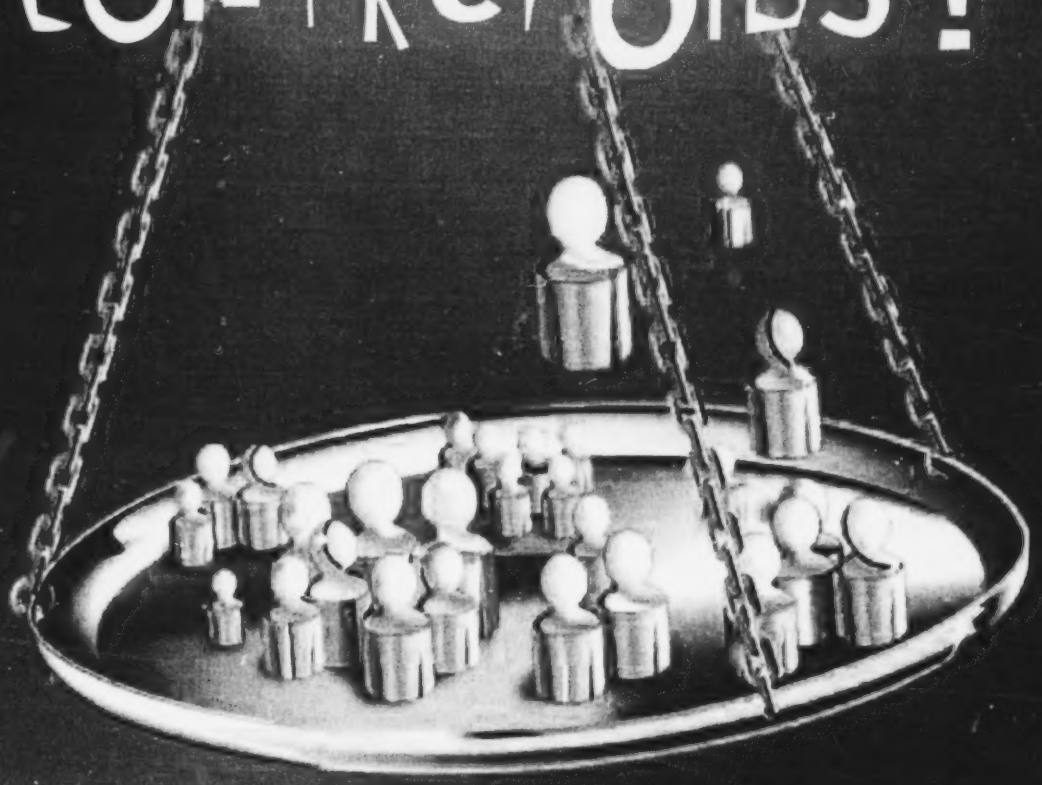
Face à la progression de l'obésité en Montérégie...

ENSEMBLE POUR FAIRE CONTREPOIDS !



RAPPORT

DE LA DIRECTRICE DE SANTÉ PUBLIQUE 2005

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
Québec

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE

Une publication de la
Direction de santé publique
Agence de développement de réseaux locaux de services de santé
et de services sociaux de la Montérégie

Sous la direction de
Jocelyne Sauvé
directrice de santé publique

Coordination des travaux
Ginette Lafontaine
adjointe à la planification, à l'évaluation et à la recherche

Comité de rédaction
Andrée Brunet, responsable
Huguette Bélanger
Carmen Bellerose
Ginette Lafontaine
Marie-Paule Leblanc

Secrétariat et mise en pages
Linda Bairstow
Sylvie Bouthillier

Conception et réalisation de la page couverture
Le zeste graphique

Révision des textes
Louise Desnoyers
Hélène Giroux

Production et diffusion
Marie-Josée Guilbault

REPRODUCTION AUTORISÉE À DES FINS NON COMMERCIALES
AVEC MENTION DE LA SOURCE.

Pour obtenir une copie de ce document, adressez-vous à :

Service des ressources documentaires – Vente de publications
Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie
1255, rue Beauregard
Longueuil (Québec) J4K 2M3

(450) 928-6777, poste 4213

DANS CE DOCUMENT, LE GÉNÉRIQUE MASCULIN EST UTILISÉ SANS INTENTION DISCRIMINATOIRE ET UNIQUEMENT DANS LE BUT D'ALLÉGER LE TEXTE.

Santécom : 162005002

Dépôt légal – 3e trimestre
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-89342-303-5

Avril 2005

Prix : 25 $ (taxes en sus)

MOT DE LA DIRECTRICE DE SANTÉ PUBLIQUE

C'est avec un grand plaisir que je vous convie à la lecture de ce document qui porte sur l'obésité, un problème de santé parmi les plus importants, tant en Montérégie, au Québec que dans le reste du monde. Le choix du thème de ce premier Rapport de la directrice de santé publique s'est fait en collaboration avec les CLSC de la Montérégie, compte tenu de l'ampleur du phénomène et de la nécessité de fournir une information à jour sur les interventions jugées les plus efficaces pour contrer ce problème qui prend des proportions épidémiques dans nos sociétés modernes.

Ce rapport répond au mandat conféré par la *Loi sur la santé publique* aux directeurs national et régionaux de santé publique, à savoir de diffuser périodiquement des informations à la population et à ses partenaires sur les problèmes de santé les plus importants, leurs principaux facteurs de risque et les mesures jugées les plus efficaces afin de les prévenir. Ce rapport est le premier d'une série de rapports annuels qui porteront sur des problématiques que nous souhaitons mettre à l'ordre du jour des préoccupations du réseau de la santé et des différents secteurs qui doivent s'impliquer pour améliorer l'état de santé de notre population.

Le réseau de la santé ne peut, à lui seul, prévenir le problème de l'obésité. C'est un objectif que doivent poursuivre simultanément de multiples acteurs de la communauté si nous voulons vraiment améliorer les environnements physiques et sociaux au sein desquels nous évoluons afin de faciliter les choix des individus vers une plus grande activité physique et une meilleure alimentation. C'est cette synergie qui provoquera le changement.

Par la diffusion de ce rapport, nous désirons partager notre préoccupation grandissante à l'égard du problème de l'obésité et de ses nombreuses conséquences. Nous espérons bien humblement que, ce faisant, nous réussirons à mobiliser nos partenaires et que nous pourrons réunir nos efforts tous **Ensemble, pour faire contrepoids** à la progression de l'obésité en Montérégie.

J Sauvé

Jocelyne Sauvé, M.D.

106-04559/

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier mesdames Diane Gadbois, Yardly Kavanagh, Claudine Léonard, Danièle Moore, Sylvie Poirier, Carmen Schaefer, monsieur Aimé Lebeau ainsi que docteures Geneviève Baron et Linda Milette, membres du comité aviseur de la Direction de santé publique. Madame Lyne Mongeau de l'Institut national de santé publique du Québec s'est aussi jointe à ce comité. Nous les remercions tous et toutes pour leurs commentaires à différentes phases de l'écriture de ce rapport. Ceux-ci ont grandement contribué à bonifier ce document.

Nous exprimons aussi toute notre reconnaissance aux personnes suivantes pour le temps qu'elles ont consacré à la lecture de ce document afin de nous transmettre leurs commentaires.

Madame Joanne Blondeau, CSSS du Vieux-Longueuil et de Lajemmerais,
Docteure Francine Blouin, cabinet privé,
Madame Carole De Gagné, Direction régionale de la Montérégie, ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport,
Madame Chantal Gariépy , CSSS Richelieu-Yamaska,
Madame Dominique Gélinas, CSSS Jardins-Roussillon,
Madame Manon Gosselin, École Saint-Vincent de St-Césaire,
Docteur Stéphane Groulx, DSP Montérégie et cabinet privé,
Docteure Maryse Guay, DSP Montérégie,
Docteure Reine Lemire, CSSS la Pommeraie,
Madame Chantal Riopel, CSSS Richelieu-Yamaska,
Docteure Catherine Risi, DSP Montérégie,
Monsieur Denis Tremblay, Ville de Longueuil.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 6

ÉTAT DE SITUATION 8
- Qu'entend-on par « obésité », « embonpoint » et « surplus de poids » ? 8
- La progression de l'obésité en Montérégie 10
- Les prévalences actuelles 11

DES CONSÉQUENCES TRÈS IMPORTANTES 15

DES CAUSES MULTIPLES 18

UN MODE DE VIE PROFONDÉMENT CHANGÉ 21
- On mange différemment 21
- On bouge de moins en moins 25
- Un modèle pour identifier les meilleures actions 28

UN POIDS SANTÉ : UNE RESPONSABILITÉ COLLECTIVE 30
- Des recommandations... 30
- ... à la mise en œuvre 32

LES ENGAGEMENTS DE LA DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE LA MONTÉRÉGIE 38

CONCLUSION 39

RÉFÉRENCES 40

ANNEXE 1 Valeurs de référence de Cole et coll. 42

ANNEXE 2 Les recommandations en matière de gestion du poids 43

ANNEXE 3 Exemples d'interventions sur les environnements physiques et sociaux regroupés selon les catégories de facteurs de Cohen 46

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

FIGURE 1 8
Classification du risque pour la santé en fonction de l'IMC

FIGURE 2 9
Tour de taille et risque pour la santé selon le sexe

FIGURE 3 10
Évolution de la prévalence de l'obésité et de l'embonpoint, 1987-2003. Population de 18 ans et plus

FIGURE 4 11
Répartition de la population de 18 ans et plus selon les catégories de l'IMC. Montérégie, 2003

FIGURE 5 12
Prévalence de l'obésité et de l'embonpoint selon le sexe et le groupe d'âge. Population de 18 ans et plus, Montérégie, 2003

FIGURE 6 13
CSSS et CLSC : Prévalence de l'obésité et de l'embonpoint. Population de 18 ans et plus, Montérégie, 2000

FIGURE 7 18
Bilan énergétique

FIGURE 8 27
Activités physiques de loisir, sur une période de trois mois. Population de 18 ans et plus, selon le sexe. Montérégie, 2000-2001.

FIGURE 9 28
Un modèle pour identifier les actions en matière d'activités physiques et d'alimentation

TABLEAU 1 14
Embonpoint et obésité en fonction des valeurs de référence internationales, selon l'âge et le sexe des enfants et des adolescents, Québec, 1999

INTRODUCTION

Ce premier rapport de la directrice de santé publique sur l'état de santé et de bien-être de la population de la Montérégie porte sur un problème qui prend des proportions inquiétantes tant au Québec et au Canada que dans de nombreux pays, à savoir l'obésité. En Montérégie seulement, un demi-million d'adultes ont un surplus de poids et, parmi eux, plus de 150 000 souffrent d'obésité. **La directrice de santé publique souhaite, par le présent rapport, sensibiliser et mobiliser, autour de cet enjeu, les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux de notre région et les acteurs de différents milieux tels que les écoles, les municipalités, les milieux de travail, les milieux de garde et les communautés.**

Il est important de limiter la progression de ce problème de santé dans nos communautés. Le surplus de poids, notion qui inclut tant l'embonpoint que l'obésité, a des liens avec l'apparition de plusieurs maladies chroniques évitables chez les adultes et chez les enfants, notamment les maladies cardiovasculaires, les accidents cérébrovasculaires, le diabète, certains types de cancer et les problèmes ostéoarticulaires. Il affecte aussi de façon significative la qualité et l'espérance de vie des personnes et génère des coûts importants sur le système de santé.

Le surplus de poids se développe peu à peu et, une fois installé, l'efficacité des mesures pour le traiter est limitée. Dans les dernières décennies, des acteurs du domaine privé se sont intéressés au problème et ont rendu disponibles des méthodes de « traitement » dont les effets nuisibles sont maintenant reconnus; citons, par exemple, les diètes nocives pour la santé et l'utilisation de médicaments comportant des effets secondaires graves. Bien qu'il soit pertinent de poursuivre la recherche de traitements efficaces, il est surtout important d'augmenter nos efforts pour prévenir ce problème.

Il est urgent que tous les acteurs concernés accordent une priorité à la prévention du surplus de poids puisqu'un nombre grandissant d'interventions efficaces sont maintenant connues. Les recommandations à ce sujet nous invitent à modifier nos façons de faire et à ne plus intervenir principalement à un niveau individuel. On doit plutôt agir afin que, pour l'ensemble de la population, les environnements soient favorables à l'adoption de saines habitudes en matière d'alimentation et de pratique régulière d'activités physiques. Comme les leviers pour agir sur les facteurs environnementaux et sociaux sont partagés par plusieurs partenaires de la communauté, il devient très important que tous les secteurs de la société travaillent ensemble.

Par ailleurs, bien que ce rapport traite de la prévention de l'obésité et de l'embonpoint à des fins de maintien ou d'amélioration de la santé, il importe d'éviter la stigmatisation des personnes qui ont un surplus de poids. Cette préoccupation a été constante tout au long de la rédaction de ce texte et doit être prise en compte dans toutes les actions que nous entreprendrons collectivement face à cette problématique.

Ce rapport définit d'entrée de jeu l'obésité, l'embonpoint et le surplus de poids. Il présente, par la suite, l'état de situation de ces problèmes de santé en Montérégie et au Québec et les principales conséquences et causes connues à ce jour reliées à ceux-ci. De plus, on y identifie des interventions jugées efficaces et interpellant plusieurs secteurs pour diminuer le surplus de poids dans la population montérégienne. En terminant, les différentes actions dans lesquelles s'engage la Direction de santé publique pour les trois prochaines années y sont énoncées.

QU'ENTEND-ON PAR « OBÉSITÉ », « EMBONPOINT » ET « SURPLUS DE POIDS » ?

Il importe de s'entendre dès le départ sur la signification des termes utilisés dans ce rapport, ceux-ci variant dans les différents documents consultés. D'abord, le « surplus de poids » inclut tant l'obésité que l'embonpoint. Le surplus de poids se définit par une accumulation excessive ou anormale de masse adipeuse dans le corps. Certains indicateurs sont utilisés pour estimer le risque pour la santé associé au surplus de poids, notamment l'indice de masse corporelle (IMC) et le tour de taille.

L'INDICE DE MASSE CORPORELLE

L'indice de masse corporelle (IMC) est une mesure obtenue en divisant le poids de la personne en kilogrammes par sa taille en mètre élevé au carré (kg/m²). Il permet de classifier le poids en intervalles associés au risque pour la santé[1] (figure 1). Les expressions *obésité, embonpoint* et *surplus de poids* utilisées dans ce rapport font référence aux catégories d'IMC de ce tableau. Ce système de mesure vise les adultes âgés de 18 ans et plus, à l'exclusion des femmes enceintes et des femmes qui allaitent. L'IMC peut, selon le cas, sous-estimer ou surestimer les risques pour la santé chez certains adultes, entre autres, ceux qui ont une forte musculature, ceux qui sont naturellement très minces, les jeunes adultes qui n'ont pas achevé leur croissance et les personnes âgées de plus de 65 ans. Pour ces dernières, des recherches additionnelles s'imposent pour vérifier si les seuils de l'intervalle de *poids normal* pourraient être différents de ceux fixés pour les adultes plus jeunes. Enfin, les risques pour la santé peuvent également varier chez différents groupes ethniques pour un même IMC[1].

FIGURE 1

Classification
du risque pour la santé en fonction de l'IMC

Catégories	IMC Kg/m²	Risque de développer des problèmes de santé
Poids insuffisant	Moins de 18,5	Risque accru
Poids normal	De 18,5 à 24,9	Moindre risque
Surplus de poids		
Embonpoint[a]	De 25,0 à 29,9	Risque accru
Obésité	30,0 et +	
- Classe I	De 30,0 à 34,9	Risque élevé
- Classe II	De 35,0 à 39,9	Risque très élevé
- Classe III	40,0 et +	Risque extrêmement élevé

[a] La classification originale utilise l'expression excès de poids. Dans le contexte de ce rapport, le terme embonpoint lui a été préféré.

Source :
Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez l'adulte. Santé Canada (2003).

Cette nouvelle classification utilise le terme « poids normal » pour désigner la catégorie de l'IMC associée au « moindre risque ». On connaît aussi le terme « poids santé » qui sera parfois utilisé dans ce rapport. Toutefois, Santé Canada ne retient pas ce terme parce qu'il peut laisser croire à tort, que les personnes se situant dans cet intervalle sont assurées de demeurer en santé.

LE TOUR DE TAILLE

Le calcul de l'IMC ne tient pas compte de la localisation de la masse adipeuse des individus. Or, les conséquences pour la santé ne sont pas seulement influencées par la quantité de gras présent, mais également par sa localisation. L'obésité abdominale, évaluée par le tour de taille, est un meilleur facteur de prédiction des maladies cardiovasculaires et du diabète de type 2 qu'une valeur élevée d'IMC[2,3].

Les seuils de risque varient selon le sexe. Au-delà de 88 cm de tour de taille pour les femmes et de 102 cm pour les hommes, les risques de maladies cardiovasculaires seraient triplés. Les hommes ayant un surplus de poids ont tendance à accumuler les tissus graisseux surtout à l'abdomen alors que les femmes les accumulent habituellement au niveau des hanches et des cuisses. La recherche a démontré que ces différences dans la localisation même de l'accumulation des tissus graisseux accroissent davantage les risques pour la santé chez les hommes que chez les femmes.

FIGURE 2

Source :
Organisation mondiale de la santé (2003).

CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

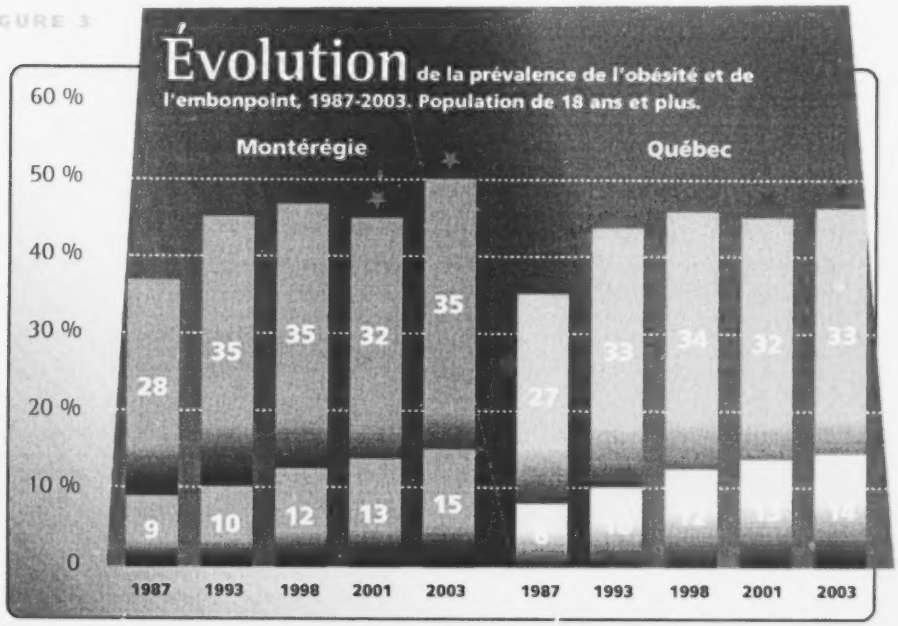
La classification du poids des enfants et des adolescents est beaucoup plus complexe. En effet, à ces âges, la taille et la constitution corporelle changent continuellement et les modifications se produisent souvent à des vitesses et à des moments différents dans les diverses populations, mais aussi selon les caractéristiques individuelles. Les catégories de l'IMC doivent donc être définies en fonction de seuils spécifiques à chaque âge et différents selon le sexe. Il n'existe pas encore de consensus international sur ces seuils. C'est pourquoi, on trouvera peu de données sur la situation des enfants et adolescents dans ce chapitre.

Cependant, certains auteurs[4] ont établi des valeurs de référence pour permettre des comparaisons internationales et celles-ci sont de plus en plus utilisées à cette fin à l'occasion d'études populationnelles (annexe 1). Il est à noter que ces seuils n'ont pas été établis pour une utilisation clinique.

LA PROGRESSION DE L'OBÉSITÉ EN MONTÉRÉGIE

La progression de l'obésité est un phénomène bien présent en Montérégie. En 15 ans, soit de 1987 à 2003, la proportion d'adultes obèses dans la région est passée de 9 % à 15 %. La figure 3 illustre que cette hausse s'est produite graduellement, laissant présager des prévalences plus élevées si la tendance se maintient. Quant à l'embonpoint, sa prévalence s'est accrue entre 1987 et 1992-1993 et demeure élevée depuis, se situant à environ 35 %. Ces variations sont similaires à celles observées au Québec pendant la même période.

FIGURE 3



Sources :
Institut de la statistique du Québec
- Enquête sociale et de santé de 1987, 1992-1993 et 1998.
- ✱ Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001, 2003. (Statistique Canada)

Les données de tendance et d'état de situation présentées dans ce rapport sont basées sur des mesures d'IMC autodéclarées, obtenues dans le cadre de diverses enquêtes populationnelles. En principe, l'IMC doit être établi à partir de données anthropométriques. Si l'IMC est établi sur la base de données autodéclarées, cela peut avoir comme conséquence de sous-estimer la fréquence de l'embonpoint et de l'obésité. Par ailleurs, l'information sur le tour de taille n'est pas encore recueillie dans ces enquêtes.

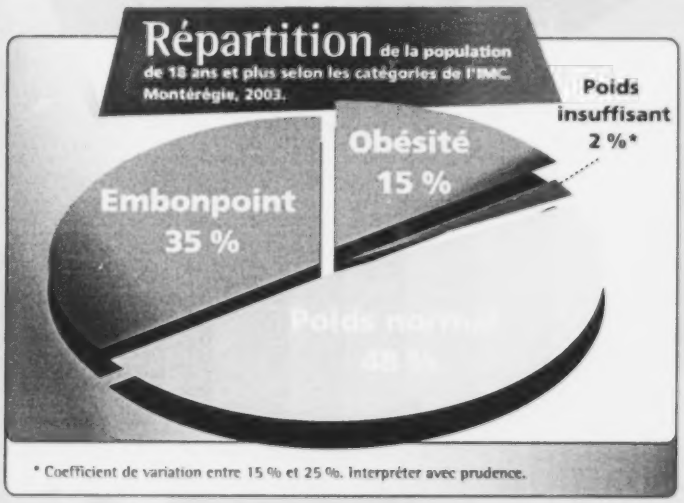
Au Canada et au Québec, on note aussi une tendance à la hausse de l'embonpoint et en particulier de l'obésité **chez les enfants et les adolescents** entre le début des années 1980 et la fin des années 1990, même s'il demeure difficile de mesurer exactement l'ampleur du phénomène sur la base de données existantes. Cette tendance est aussi source d'inquiétude puisque généralement le risque de surplus de poids à l'âge adulte augmente s'il y a surplus de poids durant l'enfance. Selon certains auteurs[8], entre 30 % et 50 % des enfants obèses âgés de 7 ans et entre 50 % et 70 % des jeunes de 9, 13 et 16 ans aux prises avec l'obésité tendent à devenir des adultes obèses. L'obésité a davantage de chances de perdurer lorsqu'elle apparaît tardivement au cours de l'enfance ou durant l'adolescence et lorsqu'elle est grave[9].

Cette situation est inquiétante au regard de ce qui se passe dans le contexte nord-américain. La prévalence croissante de l'obésité est en effet un phénomène auquel est aussi confronté le reste du Canada, où les taux sont même généralement plus élevés que ceux du Québec[5]. Les États-Unis, qui ont un système de surveillance plus complet que le Canada, enregistrent une croissance de l'obésité dans des proportions d'ailleurs supérieures à celles du Canada[6].

LES ADULTES

Les données les plus récentes indiquent que 15 % des adultes de la Montérégie sont obèses (environ 151 700 personnes) et que 35 % font de l'embonpoint (environ 346 200 personnes). En somme, une personne sur deux, âgée de 18 ans ou plus, a un surplus de poids (figure 4).

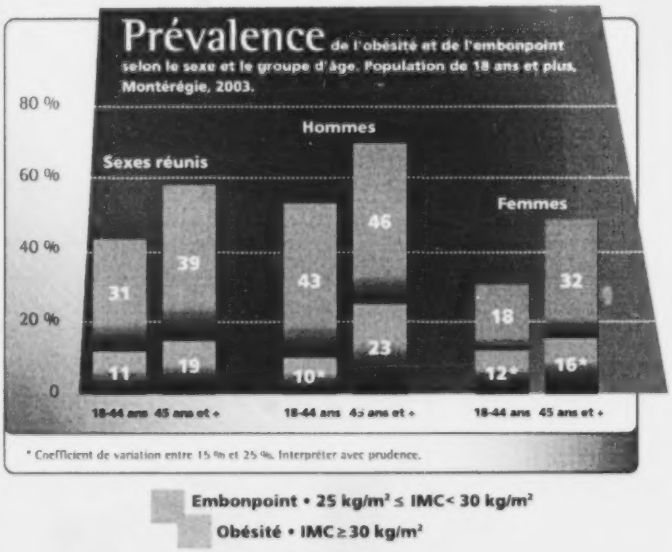
FIGURE 4



Source :
Institut de la statistique du Québec
• Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2003. (Statistique Canada)

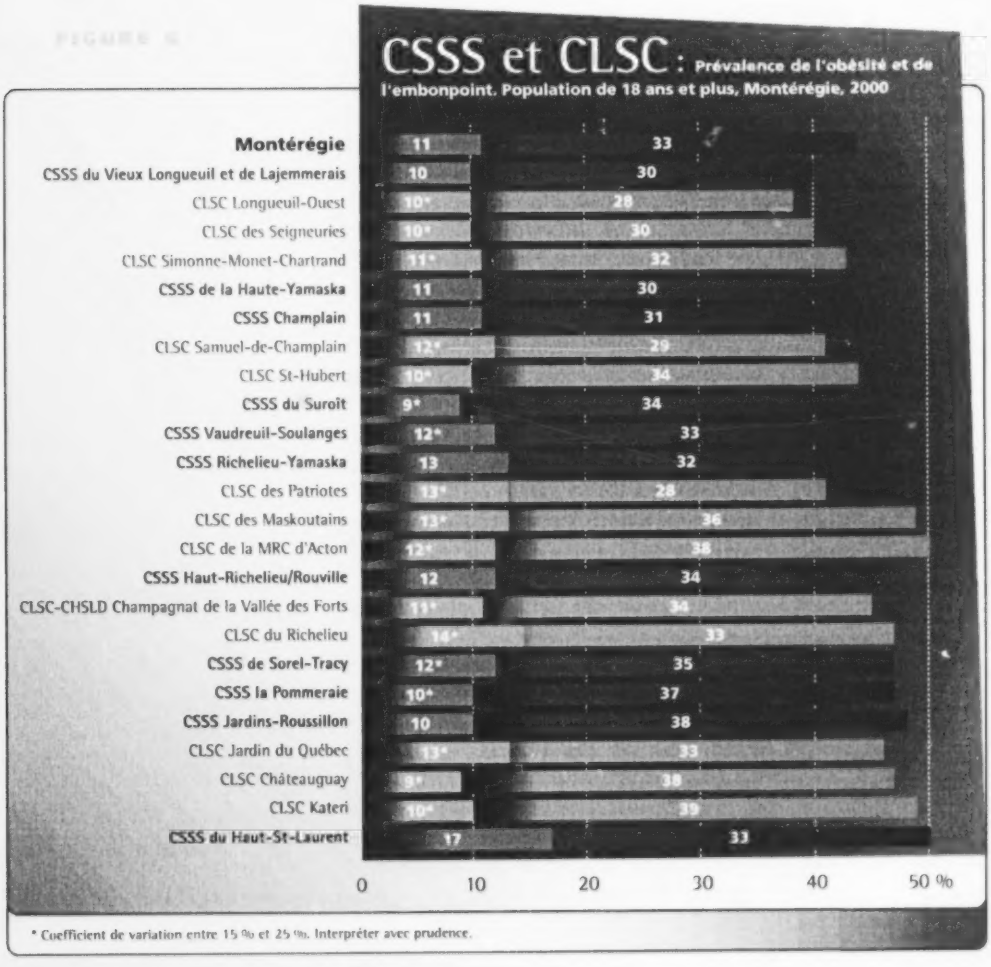
Ces proportions peuvent être plus ou moins élevées selon les caractéristiques des populations considérées. Par exemple, la présence de surplus de poids est plus importante chez les hommes (61 %) que chez les femmes (39 %). Les hommes de la Montérégie sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à faire de l'embonpoint (44 % c. 25 %). L'obésité, quant à elle, touche 17 % des hommes et 14 % des femmes, cet écart n'étant toutefois pas significatif au plan statistique. La présence du surplus de poids est aussi plus importante chez les adultes de 45 ans et plus (57 %) que chez les plus jeunes (42 %), et ce, qu'il s'agisse de l'obésité (19 % c. 11 %) ou de l'embonpoint (39 % c. 31 %). Cette variation selon l'âge se retrouve chez les femmes et les hommes (figure 5).

FIGURE 5



Source :
Institut de la statistique du Québec
• Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2003. (Statistique Canada)

La situation peut également varier selon le territoire considéré. Une enquête régionale menée en 2000[19] permet d'estimer que, sur la base de la définition utilisée dans le présent document, la prévalence du surplus de poids en Montérégie varie de 38 % à 50 % selon le territoire de CLSC, ou de 40 % à 49 % selon le territoire de CSSS[b] (figure 6).

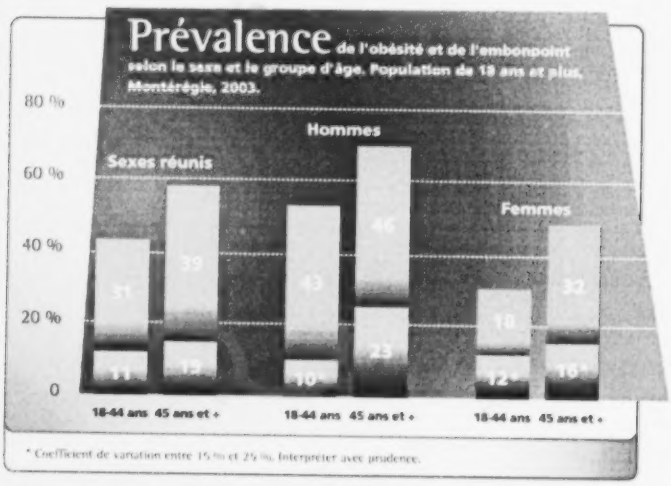


Source :
Direction de santé publique de la Montérégie
• Enquête téléphonique régionale SOM, Printemps 2000

b Avec une prévalence globale du surplus de poids de 44 % pour la Montérégie, cette enquête obtient un résultat un peu moins élevé que ceux présentés à la figure 3. Il s'agit peut-être de résultats qui illustrent la progression de l'IMC, mais des différences entre les méthodologies des enquêtes peuvent aussi expliquer en partie cet écart.

Ces proportions peuvent être plus ou moins élevées selon les caractéristiques des populations considérées. Par exemple, la présence de surplus de poids est plus importante chez les hommes (61 %) que chez les femmes (39 %). Les hommes de la Montérégie sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à faire de l'embonpoint (44 % c. 25 %). L'obésité, quant à elle, touche 17 % des hommes et 14 % des femmes, cet écart n'étant toutefois pas significatif au plan statistique. La présence du surplus de poids est aussi plus importante chez les adultes de 45 ans et plus (57 %) que chez les plus jeunes (42 %), et ce, qu'il s'agisse de l'obésité (19 % c. 11 %) ou de l'embonpoint (39 % c. 31 %). Cette variation selon l'âge se retrouve chez les femmes et les hommes (figure 5).

FIGURE 5

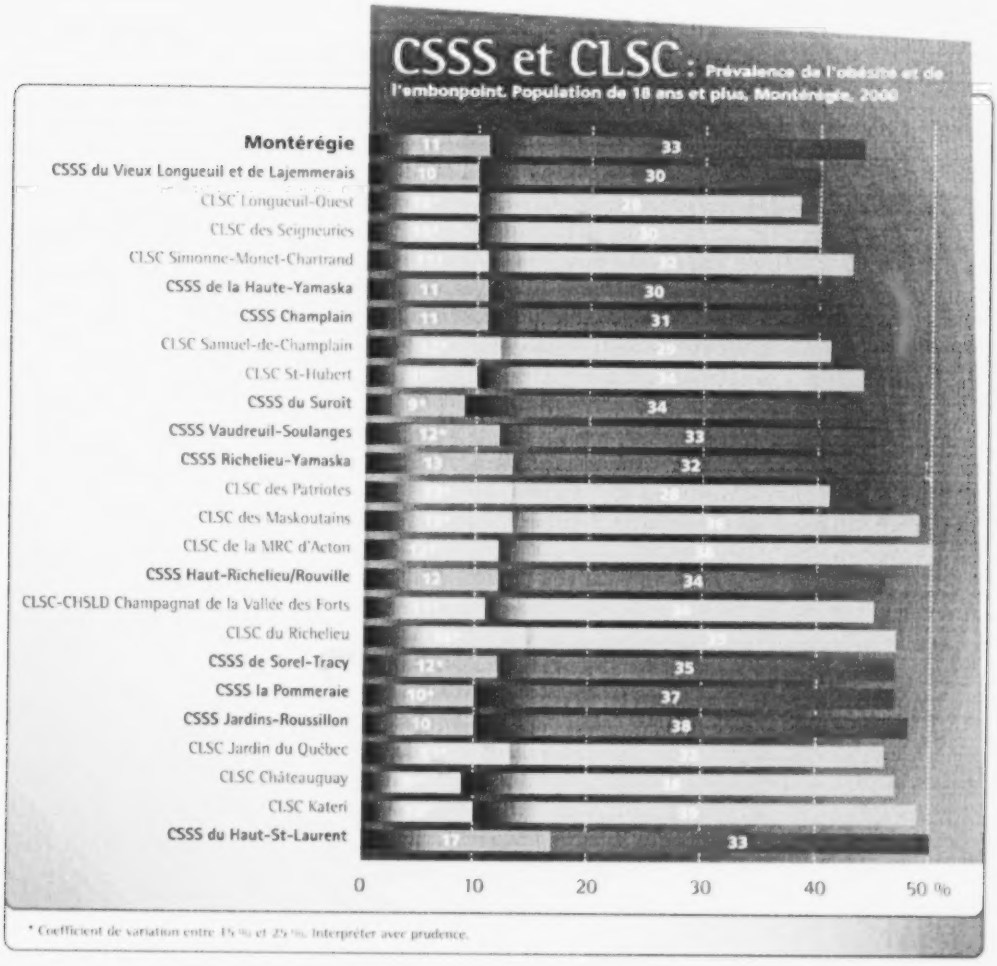


Embonpoint • 25 kg/m² ≤ IMC< 30 kg/m²

Obésité • IMC ≥ 30 kg/m²

Source :
Institut de la statistique du Québec
• Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2003. (Statistique Canada)

La situation peut également varier selon le territoire considéré. Une enquête régionale menée en 2000[b] permet d'estimer que, sur la base de la définition utilisée dans le présent document, la prévalence du surplus de poids en Montérégie varie de 38 % à 50 % selon le territoire de CLSC, ou de 40 % à 49 % selon le territoire de CSSS[c] (figure 6).



Source :
Direction de santé publique de la Montérégie
• Enquête téléphonique régionale SOM, Printemps 2000

b Avec une prévalence globale du surplus de poids de 44 % pour la Montérégie, cette enquête obtient un résultat un peu moins élevé que ceux présentés à la figure 3. Il s'agit peut-être de résultats qui illustrent la progression de l'IMC, mais des différences entre les méthodologies des enquêtes peuvent aussi expliquer en partie cet écart.

LES ENFANTS

En se basant sur les valeurs de référence d'IMC recommandées pour des comparaisons internationales[4], une enquête menée à l'échelle du Québec a estimé qu'environ un jeune Québécois de 6 à 16 ans sur quatre présente un surplus de poids (embonpoint ou obésité)[11]. Selon l'âge, la présence d'embonpoint touche entre 10 % et 22 % des garçons et entre 13 % et 19 % des filles; les proportions de jeunes classés obèses se situent quant à elles entre 6 % et 10 % chez les garçons et entre 4 % et 9 % chez les filles[c]. De telles données ne sont pas disponibles pour la Montérégie, mais il est probable que la situation soit comparable à celle constatée au Québec.

TABLEAU 1

Embonpoint et obésité en fonction des valeurs de référence internationales, selon l'âge et le sexe des enfants et des adolescents, Québec, 1999

	Embonpoint (%)	Obésité (%)
6-8 ans	9,5*	9,5*
9-11 ans	21,9	8,1**
12-14 ans	21,7	9,8*
15-16 ans	18,6*	6,2**
Filles		
6-8 ans	13,3*	5,2**
9-11 ans	17,8*	8,8*
12-14 ans	18,4*	6,8**
15-16 ans	19,0*	4,1**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source :
Institut de la statistique du Québec
- Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois – Volet nutrition, Lavallée et Stan, 2004.

[c] Dans le cadre de cette étude, les variations selon l'âge et le sexe ne se sont pas révélées significatives sur le plan de la statistique.

L'effet de l'obésité à l'âge adulte sur l'espérance de vie est comparable à celui du tabagisme[12].

DES CONSÉQUENCES TRÈS IMPORTANTES

Les conséquences du surplus de poids sur la santé sont multiples et affectent même l'espérance de vie. Un lien entre l'embonpoint et la perte de trois années de vie chez les non-fumeurs des deux sexes a été établi. Quant à l'obésité, on estime que si elle est présente à 40 ans, elle est associée à une perte de 7,1 années de vie chez les femmes et de 5,8 années chez les hommes[12]. On a également démontré que le surplus de poids au cours de l'adolescence est associé de manière significative à la mortalité et à la morbidité à long terme[9]. Certains experts américains affirmaient même dernièrement que l'espérance de vie de la population pourrait diminuer durant le 21e siècle aux États-Unis, et ce, en raison de l'augmentation de la prévalence de l'obésité[13].

Le surplus de poids, même s'il est faible, est associé au développement d'un grand nombre de maladies chroniques majeures et à des conséquences d'ordre psychosocial[9,14]. De plus, le surplus de poids entraîne des conséquences importantes sur les coûts de santé.

LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES

Les liens entre le surplus de poids et les maladies cardiovasculaires (MCV)[d] sont abondamment décrits. Le surplus de poids est associé à une augmentation de l'hypertension, à l'élévation des taux de LDL (mauvais cholestérol) et des triglycérides, à la diminution des taux de HDL (bon cholestérol) ainsi qu'à une altération de la tolérance au glucose, qui sont tous des facteurs de risque de MCV[9]. Le risque que les personnes souffrant d'obésité développent de l'hypertension est presque trois fois plus important que chez les personnes dont l'IMC est normal[9].

« Chez une personne obèse, une réduction de 10 % de la masse corporelle diminuerait de façon significative le risque de développer une maladie coronarienne »[9].

d Les MCV regroupent les infarctus du myocarde, l'angine de poitrine ainsi que les autres formes aiguës ou chroniques d'ischémie myocardique, les accidents vasculaires cérébraux et les maladies vasculaires périphériques.

LES ENFANTS

En se basant sur les valeurs de référence d'IMC recommandées pour des comparaisons internationales[c], une enquête menée à l'échelle du Québec a estimé qu'environ un jeune Québécois de 6 à 16 ans sur quatre présente un surplus de poids (embonpoint ou obésité)[1]. Selon l'âge, la présence d'embonpoint touche entre 10 % et 22 % des garçons et entre 13 % et 19 % des filles; les proportions de jeunes classés obèses se situent quant à elles entre 6 % et 10 % chez les garçons et entre 4 % et 9 % chez les filles[c]. De telles données ne sont pas disponibles pour la Montérégie, mais il est probable que la situation soit comparable à celle constatée au Québec.

TABLEAU 1

Embonpoint et obésité en fonction des valeurs de référence internationales, selon l'âge et le sexe des enfants et des adolescents, Québec, 1999

	Embonpoint (%)	Obésité (%)
Garçons		
6-8 ans	9,5*	9,5*
9-11 ans	21,9	8,1**
12-14 ans	21,7	9,8*
15-16 ans	18,6*	6,2**
Filles		
6-8 ans	13,3*	5,2**
9-11 ans	17,8*	8,8*
12-14 ans	18,4*	6,8**
15-16 ans	19,0*	4,1**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source :
Institut de la statistique du Québec
- Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois – Volet nutrition, Lavallée et Stan, 2004.

[c] Dans le cadre de cette étude, les variations selon l'âge et le sexe ne se sont pas révélées significatives sur le plan de la statistique.

Les conséquences du surplus de poids sur la santé sont multiples et affectent même l'espérance de vie. Un lien entre l'embonpoint et la perte de trois années de vie chez les non-fumeurs des deux sexes a été établi. Quant à l'obésité, on estime que si elle est présente à 40 ans, elle est associée à une perte de 7,1 années de vie chez les femmes et de 5,8 années chez les hommes[12]. On a également démontré que le surplus de poids au cours de l'adolescence est associé de manière significative à la mortalité et à la morbidité à long terme[9]. Certains experts américains affirmaient même dernièrement que l'espérance de vie de la population pourrait diminuer durant le 21e siècle aux États-Unis, et ce, en raison de l'augmentation de la prévalence de l'obésité[13].

Le surplus de poids, même s'il est faible, est associé au développement d'un grand nombre de maladies chroniques majeures et à des conséquences d'ordre psychosocial[9,14]. De plus, le surplus de poids entraîne des conséquences importantes sur les coûts de santé.

Les liens entre le surplus de poids et les maladies cardiovasculaires (MCV)[d] sont abondamment décrits. Le surplus de poids est associé à une augmentation de l'hypertension, à l'élévation des taux de LDL (mauvais cholestérol) et des triglycérides, à la diminution des taux de HDL (bon cholestérol) ainsi qu'à une altération de la tolérance au glucose, qui sont tous des facteurs de risque de MCV[9]. Le risque que les personnes souffrant d'obésité développent de l'hypertension est presque trois fois plus important que chez les personnes dont l'IMC est normal[9].

« Chez une personne obèse, une réduction de 10 % de la masse corporelle diminuerait de façon significative le risque de développer une maladie coronarienne »[9].

d Les MCV regroupent les infarctus du myocarde, l'angine de poitrine ainsi que les autres formes aiguës ou chroniques d'ischémie myocardique, les accidents vasculaires cérébraux et les maladies vasculaires périphériques.

Outre le facteur âge, le risque de MCV augmenterait avec la durée de l'embonpoint, et ce, en particulier chez les femmes. Ce risque augmente aussi en fonction de l'IMC. Enfin, le tour de taille constitue la mesure dont l'association est la plus forte avec la pression artérielle et les taux de lipides sanguins[5].

Les enfants et les adolescents aux prises avec un problème d'obésité présentent aussi une prévalence accrue d'hypertension et de dyslipidémie*[5].

LE DIABÈTE DE TYPE 2

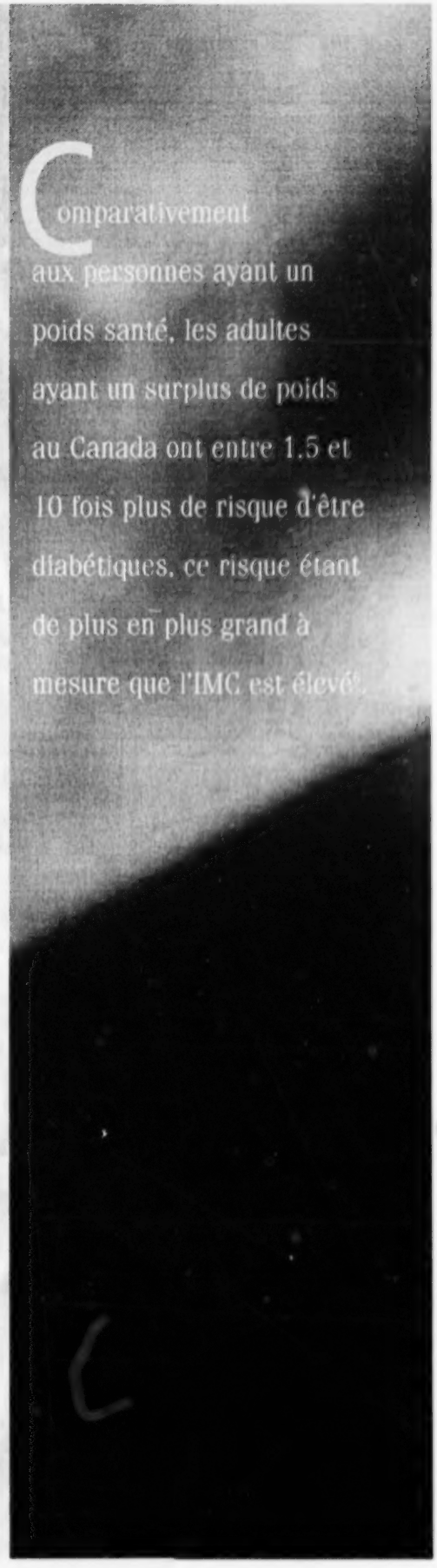
Globalement, la prévalence du diabète de type 2 suit celle de l'obésité[5]. En 1999, on a estimé, au Canada, que 50 % des cas de diabète de type 2 étaient attribuables à l'obésité[15].

L'accumulation intra-abdominale de graisse et l'obésité sont également associées à une augmentation du risque d'intolérance au glucose et de résistance à l'insuline, ces deux éléments étant précurseurs du diabète. Le diabète de type 2 entraîne de lourdes conséquences sur la santé telles que les MCV, l'insuffisance rénale et la cécité. Donc, la prévention de l'obésité pourrait non seulement prévenir le diabète de type 2 mais également ses complications[16].

Le diabète de type 2 est aussi diagnostiqué chez des sujets de plus en plus jeunes, l'obésité étant à la hausse chez les enfants[5].

LES CANCERS

Des liens entre le surplus de poids et plusieurs types de cancers, notamment les cancers hormonodépendants et gastro-intestinaux (vésicule biliaire, colorectal, sein, endomètre, col utérin, ovaires, prostate) ont été établis depuis quelques années[9]. L'Organisation mondiale de la santé rapporte que le risque général de mortalité due au cancer est d'environ 1,3 fois plus élevé chez les hommes obèses et d'environ 1,6 fois plus élevé chez les femmes obèses que chez les hommes et les femmes ayant un poids santé[9].



* La dyslipidémie est une modification anormale du taux de graisse dans le sang (cholestérol, triglycérides, etc.).

LES PROBLÈMES OSTÉOARTICULAIRES

L'embonpoint et l'obésité mettent une pression excessive sur certaines articulations plus particulièrement sollicitées comme les genoux, les hanches et les chevilles. Bien que l'ostéoarthrose se développe naturellement avec l'âge, elle se présente plus précocement chez les personnes souffrant d'obésité. Elle entraîne de la douleur et des restrictions diminuant la qualité de vie des personnes qui en sont atteintes[17]. Le surplus de poids est donc un important facteur de risque modifiable de ce problème de santé qui est une cause importante d'incapacité.

LES CONSÉQUENCES PSYCHOSOCIALES

Chez les adultes, les attitudes sociales négatives envers les personnes présentant un surplus de poids peuvent avoir un effet désastreux sur l'estime de soi et l'image corporelle et favoriser les troubles de l'alimentation[6]. Outre les problèmes psychologiques individuels, les personnes obèses peuvent également faire l'objet de discrimination dans les établissements d'enseignement, les milieux de travail et les cabinets des professionnels de la santé. Cette situation peut même réduire leur accès à une meilleure situation sociale[6].

Chez les enfants obèses, on observe davantage de discrimination par leurs pairs, ce qui peut influencer leur développement affectif. Les adolescents obèses sont souvent marginalisés socialement. Leur estime de soi et leur image corporelle peuvent alors en souffrir ayant comme conséquence possible l'apparition de troubles alimentaires, telle l'anorexie, et une tendance à présenter des difficultés scolaires[6].

LES COÛTS DE L'OBÉSITÉ

Les coûts de santé directement reliés au traitement de l'obésité et des maladies qui y sont associées incluent les soins hospitaliers, les services médicaux et les services des autres professionnels de la santé, les médicaments, d'autres soins de santé et la recherche. En 1997, le Canada a dépensé 1,8 milliard de dollars pour traiter les comorbidités associées à un IMC de 27 et plus[13].

« Le traitement et la prise en charge des comorbidités liées à l'obésité au Canada engloutissent une proportion considérable des budgets des soins de santé »[19].

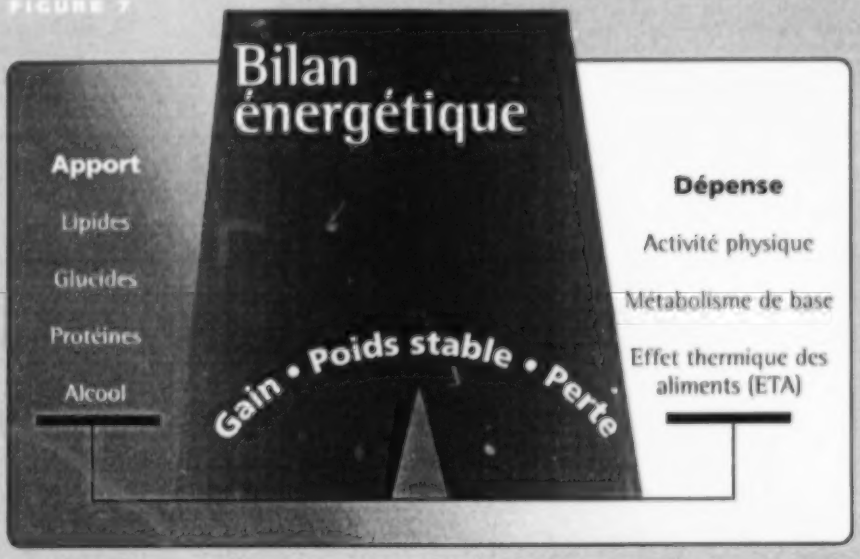
Cette situation ne s'améliorera vraisemblablement pas car, aux États-Unis, où la prévalence de l'obésité est d'environ le double de celle qu'on retrouve au Québec, une étude a démontré que 27 % de l'augmentation des coûts de santé entre 1987 et 2001 était attribuable aux soins de santé dispensés aux Américains souffrant d'obésité[18].

Quant aux coûts de l'embonpoint, ils ne sont pas connus actuellement, mais des recherches en ce sens sont proposées à Santé Canada.

DES CAUSES MULTIPLES

Expliqué simplement, le surplus de poids est la conséquence d'un déséquilibre énergétique, l'apport énergétique dépassant la dépense énergétique pendant une longue période de temps[9]. Le bilan énergétique est positif lorsque l'apport est plus important que la dépense, ce qui entraîne un gain de poids. À l'inverse, le bilan énergétique est négatif lorsque l'apport est inférieur à la dépense, ce qui résulte en une perte de poids. Le maintien du poids est donc possible si le nombre de calories dépensées correspond au nombre de calories absorbées par la nourriture.

FIGURE 7



Source :
Adapté de OMS, 2003.

Une alimentation saine qui prédispose au maintien d'un poids santé et qui répond aux recommandations du *Guide canadien pour manger sainement*[9] comporte les aspects suivants :

- une variété d'aliments;
- une plus grande part aux produits de base les moins transformés, soit : les produits céréaliers de grains entiers, les légumes et les fruits (5 à 10 par jour), les laitages et les viandes maigres, les poissons gras;
- une consommation modérée de sel, de sucre, d'alcool et de caféine;
- une bonne consommation d'eau;
- une consommation modérée d'aliments et de breuvages à forte concentration énergétique.

Quant à la pratique d'activités physiques, les autorités scientifiques font les recommandations suivantes :

- Chez les adultes, un volume d'activités physiques variant de 1 000 à 1 500 kcal/semaine apportera des bénéfices substantiels sur le plan de la santé[20]. Une marche rapide de 30 minutes par jour à tous les jours de la semaine, trois séances de jogging de 30 minutes, trois sorties de vélo d'environ 40 minutes chacune à une vitesse moyenne de 20 km/heure sont des exemples d'activités qui permettent de dépenser 1 000 kcal/semaine pour un adulte dont le poids est de 70 kg[f].
- Les enfants et les adolescents devraient, quant à eux, être physiquement actifs au moins une heure tous les jours ou presque, à l'école, à la maison ou à tout autre endroit propice, en pratiquant des activités physiques qui s'intègrent harmonieusement à leur vie quotidienne (sport, entraînement structuré ou autres loisirs actifs, éducation physique, déplacements à pied ou à vélo)[21]. Par exemple, un enfant qui participe à ses deux récréations de 15 minutes et joue une partie de hockey balle à l'extérieur après l'école est considéré suffisamment actif.

On suppose donc qu'en respectant ces différentes recommandations en lien avec la pratique d'activités physiques et l'alimentation, chacun peut réussir à conserver son poids santé. Malheureusement, ce n'est pas aussi simple. Les causes du surplus de poids sont nombreuses, complexes et interdépendantes. Plusieurs facteurs influencent les apports et les dépenses d'énergie, certains étant de nature individuelle, allant jusqu'à agir sur le fonctionnement du corps humain, alors que d'autres sont reliés aux environnements social, économique, culturel et physique dans lesquels nous vivons.

Ainsi, certaines personnes présentent un surplus de poids parce qu'elles ont une prédisposition génétique à la prise de poids plus rapide dans un environnement défavorable[3]. Ces personnes emmagasinent de façon très efficace l'énergie sous forme de tissus adipeux afin de survivre s'il advenait un moment de privation[3]. En d'autres termes, la personne détenant les gènes qui la rendent susceptible de prendre du poids prendra ce poids si son bilan énergétique est positif au fil du temps, alors qu'une autre n'ayant pas ces fameux gènes ne subira pas ce gain en présence du même bilan positif. Ces gènes influencent plusieurs mécanismes

f Il n'est pas nécessaire de faire toute l'activité de la journée d'un seul coup. Si chaque période d'exercices est d'une durée minimale d'environ 10 minutes, ses effets sont bénéfiques et s'additionnent à ceux des autres périodes.

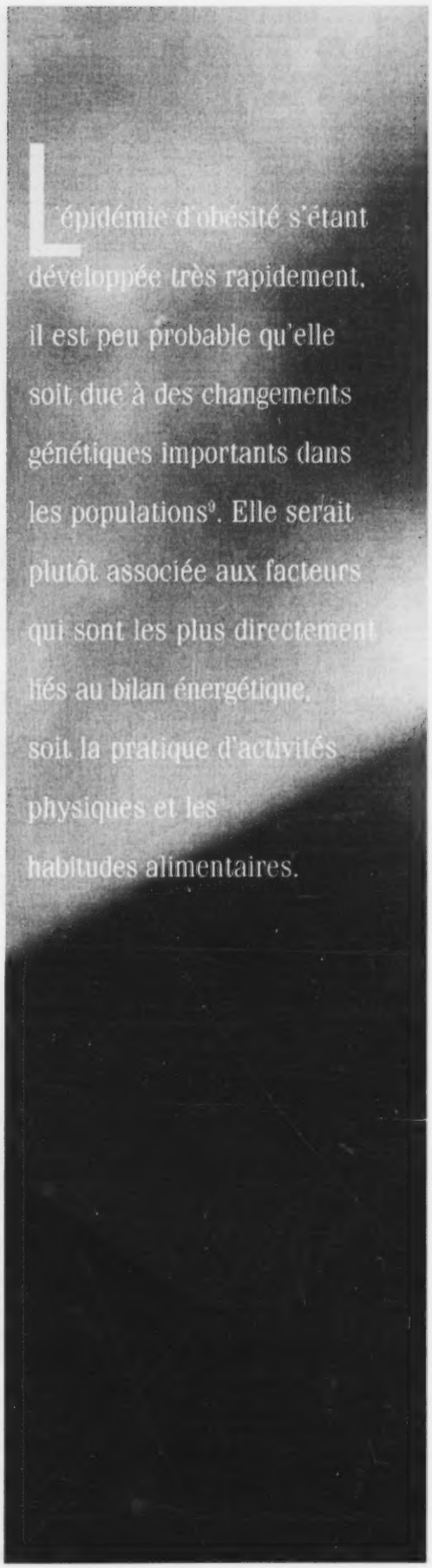
comme le métabolisme énergétique au repos, le contrôle de l'appétit, la sensibilité à l'insuline, etc.[9] Plusieurs études sont en cours actuellement pour mieux comprendre l'effet génétique sur le contrôle du poids.

L'âge et certaines périodes de la vie sont aussi associés à des variations de poids; pensons seulement aux fluctuations importantes à l'adolescence et à la ménopause. Toutefois, le développement du surplus de poids pourrait aussi être associé à des modifications du mode de vie en vieillissant plutôt qu'à l'âge lui-même. Quant au sexe, un certain nombre de processus physiologiques contribuent à une distribution et à une accumulation différente de la graisse entre les femmes et les hommes. Par exemple, chez les femmes, un pourcentage minimal de tissus graisseux étant indispensable pour assurer sa fonction reproductrice, l'accumulation de la graisse est favorisée[9].

Nous serions donc biologiquement inégaux face au poids.

Par ailleurs, bien que ces facteurs individuels aient un certain effet sur la prise de poids, ce sont nos habitudes alimentaires et nos pratiques d'activités physiques qui en seraient les principales responsables. Ces deux comportements sont eux-mêmes influencés par toute une série de déterminants individuels, soit les connaissances, les valeurs, les attitudes, les habiletés, etc. Par exemple, le fait d'aimer faire de l'exercice, la perception que l'on est capable d'être actif régulièrement malgré les différents obstacles comme le manque de temps et le climat maussade, le plaisir de bien manger, les connaissances sur les bons choix alimentaires, les habiletés à cuisiner sont quelques-unes des variables explicatives identifiées par les différentes recherches.

Cependant, ces deux comportements sont surtout influencés par des déterminants environnementaux et sociaux, notamment par un environnement qui incite une consommation excessive d'aliments et décourage la pratique d'activités physiques[6,9]. Le chapitre suivant traite plus en détail de cet aspect.



UN MODE DE VIE PROFONDÉMENT CHANGÉ

Notre contexte social, économique et politique ainsi que notre environnement immédiat influencent quotidiennement nos choix alimentaires et notre façon de bouger.

Depuis plus de trente ans, des modifications importantes de la structure familiale et sociale ont entraîné des changements de notre mode de vie. La difficile conciliation travail-famille, les plages horaires de travail de plus en plus variées, l'augmentation du temps consacré au travail, la présence des hommes et des femmes sur le marché du travail, l'étalement et le développement urbain centrés sur l'automobile et augmentant le temps passé en déplacements entre le travail et la maison, etc. font en sorte que les consommateurs sont de plus en plus à la recherche de solutions permettant de réduire le temps consacré à la préparation et à la consommation des repas et sont de plus en plus sédentaires.

ON MANGE DIFFÉREMMENT

ON CONSOMME DE MOINS EN MOINS D'ALIMENTS PRÉPARÉS À LA MAISON

Le temps consacré à la préparation et à l'ingestion des repas tend à diminuer d'année en année. En réponse à la demande, l'industrie agroalimentaire a multiplié l'offre d'aliments prêts à manger largement disponibles partout, à toute heure du jour et de la nuit. Par exemple, entre 2001 et 2003, les dépenses des Québécois pour l'achat de repas et de mets congelés ont augmenté de 40 %[22].

La consommation d'aliments préparés à l'extérieur du foyer occupe maintenant une place importante dans les habitudes alimentaires des Québécois. En 1998, 22 % des personnes de 15 ans et plus consommaient plus de trois fois par semaine des repas préparés à l'extérieur, soit des repas pris au restaurant, à la cafétéria ou au casse-croûte, des repas achetés congelés ou des repas livrés ou emportés à la maison[23].

Cet état de situation entraîne différentes conséquences dont la perte partielle de contrôle sur le contenu et la qualité des aliments consommés. Des enquêtes ont montré le lien qui existe entre la consommation d'aliments prêts à manger et un

apport calorifique important pour une piètre qualité alimentaire (aliments riches en gras, en sel et en sucre et faible apport en fibres, en vitamines et en minéraux)[5]. D'ailleurs, les personnes qui mangent régulièrement à l'extérieur de la maison sont proportionnellement plus nombreuses à avoir une perception négative de la qualité de leurs habitudes alimentaires (34 %) que celles qui ne mangent pas du tout à l'extérieur (12 %)[23].

LES ALIMENTS SONT DE PLUS EN PLUS DISPONIBLES ET EN GRANDE QUANTITÉ

De plus, des innovations technologiques de l'industrie agroalimentaire ont amené celle-ci à produire des denrées alimentaires en plus grande quantité que les besoins réels de la population[24]. Pour vendre cette production accrue, l'industrie agroalimentaire utilise les stratégies suivantes : accroître la taille des portions, diminuer le prix pour des portions parfois plus grosses, intensifier la publicité, cibler de nouveaux consommateurs, exploiter des nouveaux lieux de consommation (pharmacie, station-service), développer des nouveaux aliments dont le goût et la texture sont rehaussés par un apport supplémentaire de sucre et de gras[24].

Dans le cas des établissements de restauration rapide, le consommateur peut, en moins de 15 minutes et sans même sortir de sa voiture, absorber la moitié des calories nécessaires pour sa journée.

En plus d'accroître la variété des produits disponibles, l'industrie agroalimentaire a augmenté de façon graduelle, mais constante, la taille des portions servies. Aux États-Unis, la grosseur des portions dépasse largement les normes fédérales recommandées en matière d'alimentation, et ce, dans les proportions suivantes : boissons gazeuses (35 %), hamburger (112 %), biscuits (700 %)[5]. Bien que de telles données ne soient pas disponibles pour le Canada, on peut imaginer que la situation n'est pas très différente, la standardisation des produits pour une compagnie alimentaire étant la même au-delà des frontières. Il a été démontré que devant une portion plus grosse, l'individu consomme 30 % plus de calories[25].

UN MONDE D'IMAGES ET DE PUBLICITÉ

Nous vivons dans un monde d'images et de publicité qui façonne les valeurs dominantes dans la société. La télévision, les encarts publicitaires, le « show business » influencent à coup d'images et de slogans nos perceptions face à la beauté, nos habitudes de consommation, notre mode de vie, etc. Les messages culturels et médiatiques se chevauchent pour créer, d'une part, un environnement « obésogène » et favoriser, d'autre part, l'émergence d'une « obsession de la minceur » établie au rang de norme. Les aliments hautement transformés sont l'objet d'une mise en marché agressive et d'une publicité omniprésente[25]. Pendant que la publicité invite les consommateurs à manger davantage d'aliments à haute teneur énergétique, elle les invite aussi à conserver un corps plus mince que jamais.

Cette « obsession de la minceur » dans l'environnement social et culturel, soutenue à grand renfort de publicité par l'industrie de l'amaigrissement, a des répercussions sur les comportements des individus. **Une enquête menée en Montérégie en 1998 auprès d'élèves de 1re, 3e et 5e secondaire révèle que 37 % d'entre eux (54 % des filles et 18 % des garçons) avaient tenté de perdre ou de contrôler leur poids au cours des six mois précédant l'enquête. De ce groupe, 45 % comptaient plus de trois tentatives en ce sens au cours de cette période[26].**

Or, des études récentes suggèrent que les diètes à répétition contribueraient à l'augmentation du surplus de poids dans la population[27]. L'explication biologique serait la suivante : la masse musculaire agit comme la « fournaise du corps » et utilise beaucoup d'énergie. Lors de diètes, cette masse musculaire est réduite entraînant une diminution du métabolisme de base. Le corps s'adapte en devenant encore plus efficace pour emmagasiner le surplus d'énergie. Après une diète, le poids qui est repris est principalement composé de graisses et non de muscles, ce qui diminue dans certains cas les besoins d'énergie, favorisant au bout du compte le gain de poids[28].

La promotion d'une alimentation saine, qui agirait comme facteur de protection contre l'obésité, ne jouit pas des puissantes forces liées au marketing de la malbouffe. En 2001, aux États-Unis, le programme du National Cancer Institute « 5 a Day Fruit and Vegetable Program » a obtenu, au meilleur de son financement, 2 millions de dollars pour la promotion du programme alors que Coca-Cola et Pepsi dépensaient 3 milliards de dollars en publicité dans ce pays seulement[24]. En 1997, les producteurs d'aliments, les détaillants et les entreprises de services des États-Unis ont consacré 11 milliards de dollars à la publicité dans les médias de masse alors que l'enveloppe budgétaire complète pour l'éducation en nutrition du ministère de l'Agriculture des États-Unis atteignait à peine 333 millions de dollars. Cette publicité massive faite chez nos voisins du Sud fait également partie de notre environnement culturel par le biais des médias imprimés et de la télévision[3].

LES ALIMENTS SAINS NE SONT PAS ACCESSIBLES À TOUS ÉGALEMENT

D'après des études canadiennes, le coût des aliments est plus élevé dans les quartiers à faible revenu et il peut être difficile pour les personnes qui y vivent de se rendre dans un marché alimentaire où les prix sont plus abordables[6]. De plus, il est difficile pour ces familles d'acheter des aliments sains compte tenu que leurs dépenses en logement et en transport accaparent déjà une forte proportion de leur budget. Le régime alimentaire de ces familles a tendance à être très énergétique, ces produits étant davantage accessibles, et à se caractériser par des apports importants en graisses. Les légumes, les fruits et les céréales complètes étant plus onéreux, ils sont consommés moins souvent[8].

ET À L'ÉCOLE...

Les enfants qui mangent à l'école sont également confrontés à un environnement qui ne favorise pas toujours de saines habitudes alimentaires. En 2004, selon une enquête interne effectuée par la Direction de santé publique, seulement 50 % des commissions scolaires de la Montérégie possédaient une politique qui régit l'offre alimentaire et, de plus, l'application et le suivi de ces politiques éprouvaient des difficultés. Plusieurs experts ont rappelé régulièrement l'importance de mettre en place des environnements alimentaires sains dans les différents milieux de vie. Jusqu'à ce jour, aucune politique ministérielle énonçant des objectifs, des mesures, des lignes directrices ainsi que des ressources humaines et financières appropriées n'a été élaborée[78]. Par contre, tout récemment, en janvier 2005, des comités de travail provinciaux ont été mis en place pour revoir notamment les recommandations au regard des politiques alimentaires en milieu scolaire.

QUELQUES EFFETS SUR NOS HABITUDES ALIMENTAIRES

Tous ces facteurs liés à notre environnement influencent inévitablement nos habitudes alimentaires. Par exemple, les statistiques canadiennes sur l'offre et la vente d'aliments et nutriments révèlent que le niveau d'énergie alimentaire consommée par les Canadiens, demeuré relativement stable entre les années 1970 et 1990, a fait un bond de 17 % entre les années 1991 et 2001. Cette hausse est due essentiellement à la consommation accrue de gras (huiles, etc.) et de produits commerciaux à base de glucides (pains de spécialités, grignotines à base de céréales, etc.). Ces mêmes données indiquent aussi que la consommation de sucre et de sirop a augmenté (+12 %) de même que celle des boissons gazeuses (+13 %) et des jus de fruits (+23 %) au détriment du lait (-10 %)[79].

Une publication toute récente de l'Institut de la statistique du Québec[11] présente aussi des données forts éloquentes sur la nutrition des jeunes Québécois de 6 à 16 ans. On y apprend, entre autres, qu'une très faible proportion de jeunes (de 5 % à 18 %) consomment quotidiennement le nombre minimal de portions recommandées pour chacun des quatre groupes d'aliments, mais que 34 % à 44 % d'entre eux prennent chaque jour des grignotines, bonbons ou boissons gazeuses.

Parmi les Montérégiens de 12 ans et plus, environ une personne sur deux consomme moins de 5 portions de fruits ou de légumes par jour[27].

Toutefois, certains gains sont observés. Les Québécois sont plus nombreux à qualifier leurs habitudes alimentaires comme étant très bonnes ou excellentes (40 % en 1998 vs 24 % en 1990)[23]. Des données canadiennes indiquent que la population intègre continuellement de nouveaux fruits et légumes à son alimentation. Cependant, même si la consommation de fruits et légumes a augmenté au cours des dernières années, celle-ci n'est toujours pas suffisante[28].

UN MODE DE VIE DE MOINS EN MOINS EXIGEANT PHYSIQUEMENT

Le mode de vie des Québécois est devenu de moins en moins exigeant physiquement au rythme de l'évolution technologique et sociologique comme dans les autres pays industrialisés. Selon certains experts, la réduction de la dépense énergétique se situerait à environ 300 kcal/jour[30] et expliquerait une part importante de l'augmentation des problèmes d'embonpoint et d'obésité.

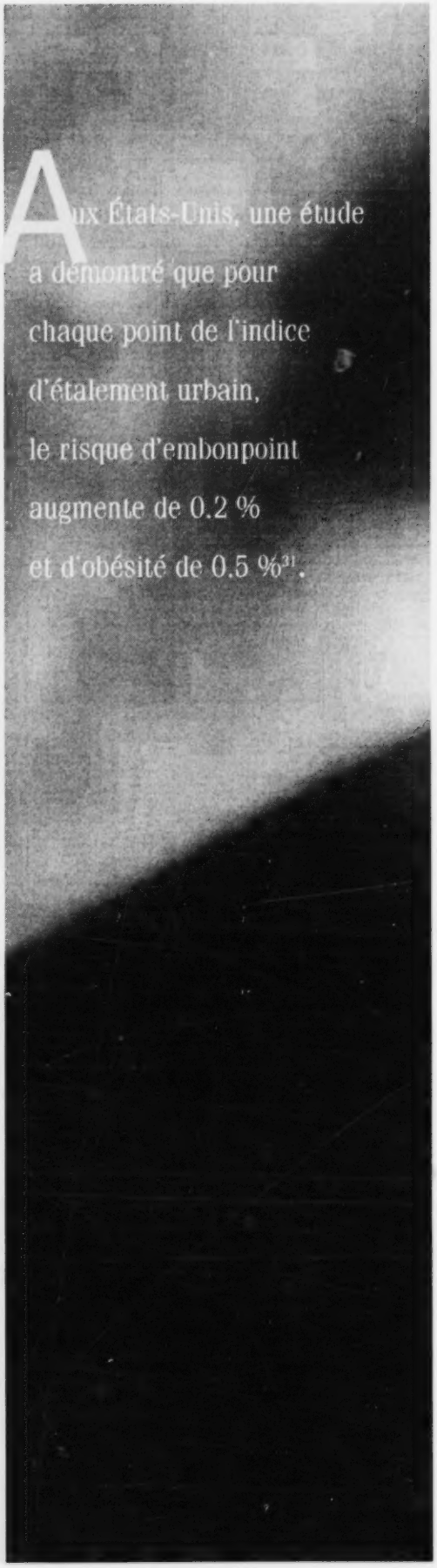
En Montérégie, plusieurs ayant opté pour la qualité de vie en banlieue, entre autres pour des raisons de sécurité et du moindre coût des propriétés, passent de précieuses heures dans la voiture entre la maison et le travail. Les horaires de travail aussi, étant de plus en plus variés, ces aspects de notre vie laissent peu de temps pour des loisirs actifs.

On construit des centres commerciaux à l'extérieur des centres-villes, loin des quartiers résidentiels, si bien qu'il est difficile de s'y rendre à pied ou à vélo autant pour des raisons d'éloignement que de sécurité. On se déplace de moins en moins à pied. Au Québec, le nombre d'automobiles a augmenté de 68 % entre 1985 et 2000[31]. Une nouvelle étude réalisée en Colombie-Britannique indique que chaque demi-heure passée quotidiennement derrière le volant accentue de 3 % le risque de devenir obèse. De plus, un homme vivant au cœur de la ville et faisant ses emplettes à pied pèse, en moyenne, quatre kilos de moins qu'un banlieusard du même âge ayant un statut socioéconomique similaire[32].

DES COMPÉTITEURS DE TAILLE

Les loisirs où le corps est presque inactif (ex. : jeux électroniques, ordinateur, cinéma maison) sont très populaires. Par exemple, en 2002, les Québécois ont écouté la télévision en moyenne 23,8 heures par semaine[33]. Entre 1999 et 2003, la proportion des ménages québécois comptant au moins un utilisateur régulier d'Internet à la maison est passée de 21 % à 45 %[34]. À l'adolescence, l'apparition de nouveaux intérêts tels que le travail à temps partiel, la musique, les sorties en groupe ou les liens amoureux entraînent des choix qui peuvent être faits au détriment de la pratique d'activités physiques.

À l'école, le temps consacré à l'éducation physique a diminué au cours des dernières années passant de 120 minutes à 60 minutes par semaine[9]. Pour des raisons pratiques, de plus en plus d'écoles coupent la récréation de l'après-midi. C'est donc une occasion de moins qu'ont les jeunes d'être actifs dans la journée. Par ailleurs, les écoles offrent une panoplie d'activités parascolaires sportives, culturelles, artistiques, etc. toutes plus intéressantes les unes que les autres. Les jeunes choisiront nécessairement en fonction de leurs intérêts qui pourraient être autres que les activités physiques. Dans le domaine du transport, la marche et le vélo ne sont pas suffisamment répandus. En 2000, seulement 40 % des jeunes Québécois de 5 à 17 ans marchaient au moins une partie du trajet pour aller et revenir de l'école[35]. **En Montérégie en 2001, 26 % des jeunes de 12 à 19 ans et 53 % des adultes de 20 ans et plus ne se déplaçaient pas à pied pour se rendre à l'école, au travail ou faire des courses. Au total, cela représente une personne sur deux. Dans le cas du vélo, c'est 90 % de la population qui n'utilisait jamais le vélo en guise de mode de transport[36].**

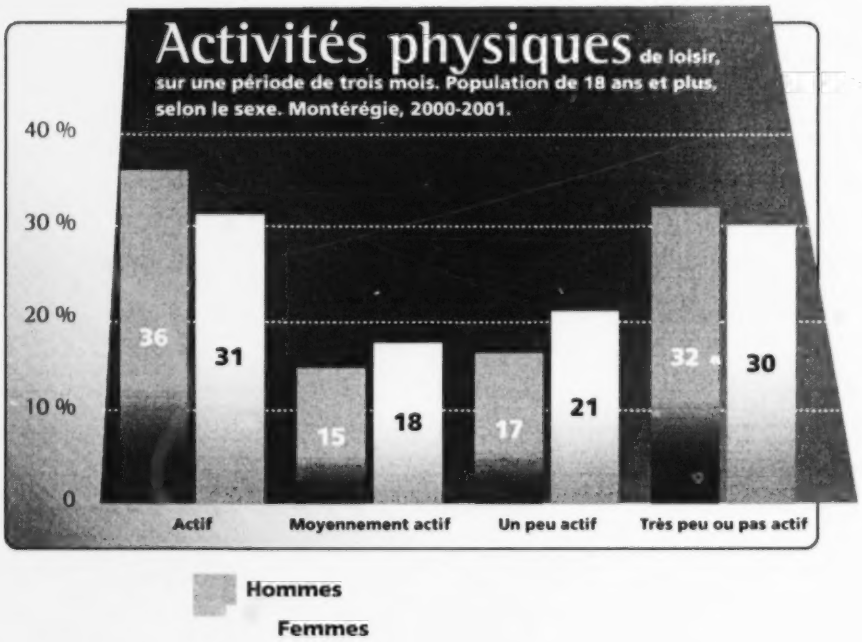


9 Le Gouvernement du Québec annonçait, en décembre 2004, une augmentation de 60 minutes par semaine d'éducation physique au primaire à compter de septembre 2006.

QUELQUES EFFETS SUR NOTRE PRATIQUE D'ACTIVITÉS PHYSIQUES

Tous ces facteurs expliqueraient en partie des taux de pratique d'activités physiques plutôt faibles. **En 2001, en Montérégie, seulement 36 % des hommes et 31 % des femmes de 18 ans et plus[27] faisaient suffisamment d'activités physiques de loisir pour en retirer la majorité des bénéfices pour la santé.** Près du tiers de la population adulte ne faisait pratiquement jamais d'activités physiques. Un autre tiers se situait entre ces deux extrêmes. **Ce sont donc les deux-tiers des adultes montérégiens qui ne font pas suffisamment d'activités physiques de loisir pour en retirer des bénéfices sur leur santé** (figure 8). Ces données sont comparables à celles du Québec.

FIGURE 8



Quant aux jeunes Montérégiens, en 2001, 49 % des garçons et 32 % des filles, âgés entre 12 et 17 ans faisaient une heure d'activités physiques par jour[27], ce que recommandent les experts. C'est donc moins de 50 % des jeunes qui sont suffisamment actifs pour leur santé. On constate une différence significative entre les garçons et les filles.

Source :
Nolin et Hamel, 2004
• Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001. (Statistique Canada)

Actif :
Équivalent d'une dépense énergétique d'au moins 1000 kcal et plus par semaine[1] répartie sur au moins trois périodes d'activités physiques d'intensité modérée et plus

Moyennement actif :
Équivalent d'une dépense énergétique d'au moins 500 kcal et plus par semaine[1] répartie sur au moins deux périodes d'activités physiques d'intensité modérée et plus

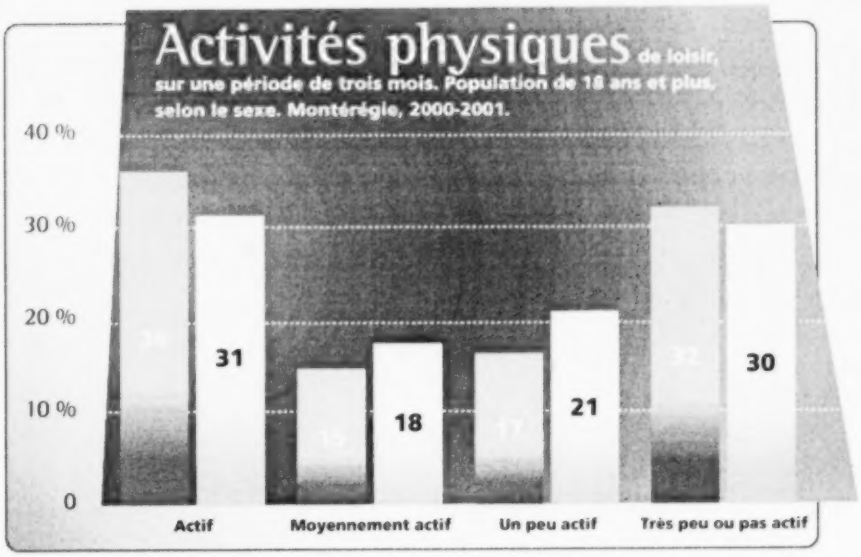
Un peu actif :
Au moins une période d'activités physiques d'intensité modérée et plus par semaine[1], peu importe la dépense énergétique

Sédentaire :
Moins d'une période d'activités physiques par semaine, quelle que soit l'intensité

[1] Pour une personne de 70 kg

QUELQUES EFFETS SUR NOTRE PRATIQUE D'ACTIVITÉS PHYSIQUES

Tous ces facteurs expliqueraient en partie des taux de pratique d'activités physiques plutôt faibles. **En 2001, en Montérégie, seulement 36 % des hommes et 31 % des femmes de 18 ans et plus[27] faisaient suffisamment d'activités physiques de loisir pour en retirer la majorité des bénéfices pour la santé.** Près du tiers de la population adulte ne faisait pratiquement jamais d'activités physiques. Un autre tiers se situait entre ces deux extrêmes. **Ce sont donc les deux-tiers des adultes montérégiens qui ne font pas suffisamment d'activités physiques de loisir pour en retirer des bénéfices sur leur santé** (figure 8). Ces données sont comparables à celles du Québec.



Quant aux jeunes Montérégiens, en 2001, 49 % des garçons et 32 % des filles, âgés entre 12 et 17 ans faisaient une heure d'activités physiques par jour[27], ce que recommandent les experts. C'est donc moins de 50 % des jeunes qui sont suffisamment actifs pour leur santé. On constate une différence significative entre les garçons et les filles.

Source :
Nolin et Hamel, 2004
• Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001. (Statistique Canada)

Actif :
Équivalent d'une dépense énergétique d'au moins 1000 kcal et plus par semaine[1] répartie sur au moins trois périodes d'activités physiques d'intensité modérée et plus

Moyennement actif :
Équivalent d'une dépense énergétique d'au moins 500 kcal et plus par semaine[1] répartie sur au moins deux périodes d'activités physiques d'intensité modérée et plus

Un peu actif :
Au moins une période d'activités physiques d'intensité modérée et plus par semaine[1], peu importe la dépense énergétique

Sédentaire :
Moins d'une période d'activités physiques par semaine, quelle que soit l'intensité

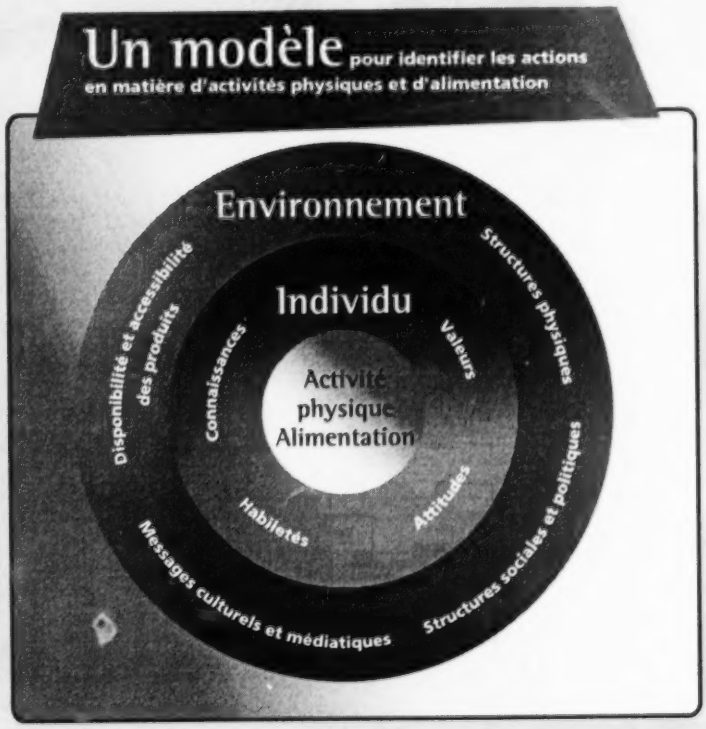
[1] Pour une personne de 70 kg

UN MODÈLE POUR IDENTIFIER LES MEILLEURES ACTIONS

Tel que décrit précédemment, de nombreux facteurs de nature individuelle et environnementale ont un effet sur les comportements relatifs à l'alimentation et à la pratique d'activités physiques et, par conséquent, sur l'augmentation du poids dans la population. La synthèse de ces principaux facteurs fait l'objet du modèle présenté à la figure 9.

À l'échelle individuelle, ce sont notamment les connaissances, les habiletés, les attitudes et les valeurs qui conditionnent les comportements[38]. Les facteurs environnementaux, quant à eux, se regroupent en quatre catégories soit : la disponibilité et l'accessibilité aux produits, les structures physiques, les structures sociales et politiques et les messages culturels et médiatiques[39]. Ces facteurs sont d'autant plus importants qu'ils déterminent à la fois les comportements et les facteurs individuels.

FIGURE 9



Sources :
Inspiré de Cohen (2000) et Godin (1996).

Afin d'illustrer chacune des catégories de facteurs environnementaux, deux exemples sont présentés : l'un facilitant les choix santé et l'autre rendant difficiles ces mêmes choix.

Disponibilité et accessibilité des produits

- ✚ Disponibilité de fruits et de légumes à coût abordable dans la communauté (par exemple, dans les épiceries près des quartiers pauvres, dans les dépanneurs, à l'école, etc.).
- ▪ Disponibilité un peu partout (par exemple, dans une station d'essence) d'aliments riches en calories et faibles en valeurs nutritives.

Structures physiques

- ✚ Présence d'une piste cyclable à proximité d'une école ou d'un milieu de travail permettant aux personnes de s'y rendre à vélo en toute sécurité.
- ▪ Construction de centres commerciaux loin des quartiers résidentiels obligeant les gens à s'y rendre en automobile.

Structures sociales et politiques

- ✚ Mise en place d'une politique alimentaire en milieu scolaire incluant l'offre d'aliments sains, des incitatifs pour accroître leur consommation et des messages éducatifs cohérents.
- ▪ Étalement des plages horaires de travail rendant de plus en plus difficile la conciliation travail-famille, ce qui résulte en un temps de plus en plus réduit pour cuisiner et pratiquer des activités physiques de loisir.

Messages culturels et médiatiques

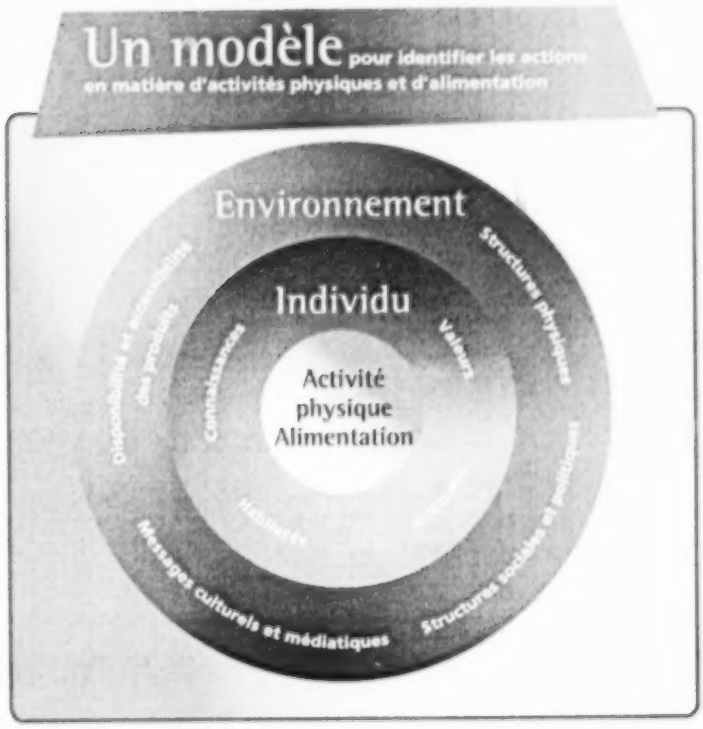
- ✚ Réalisation de campagnes médiatiques nationales visant la consommation de fruits et légumes.
- ▪ Nombre imposant de messages publicitaires portant sur les aliments « fast food ».

Le modèle présenté à la figure 9 permet donc d'identifier et de planifier les actions les plus appropriées et d'agir à différents niveaux. Il en sera question dans les chapitres suivants.

Tel que décrit précédemment, de nombreux facteurs de nature individuelle et environnementale ont un effet sur les comportements relatifs à l'alimentation et à la pratique d'activités physiques et, par conséquent, sur l'augmentation du poids dans la population. La synthèse de ces principaux facteurs fait l'objet du modèle présenté à la figure 9.

À l'échelle individuelle, ce sont notamment les connaissances, les habiletés, les attitudes et les valeurs qui conditionnent les comportements[28]. Les facteurs environnementaux, quant à eux, se regroupent en quatre catégories soit : la disponibilité et l'accessibilité aux produits, les structures physiques, les structures sociales et politiques et les messages culturels et médiatiques[29]. Ces facteurs sont d'autant plus importants qu'ils déterminent à la fois les comportements et les facteurs individuels.

FIGURE 9



Sources :
Inspiré de Cohen (2000) et Godin (1996).

Afin d'illustrer chacune des categories de facteurs environnementaux, deux exemples sont présentés : l'un facilitant les choix sante et l'autre rendant difficiles ces mêmes choix.

Disponibilité et accessibilité des produits

- ✚ Disponibilité de fruits et de légumes à coût abordable dans la communauté (par exemple, dans les épiceries près des quartiers pauvres, dans les dépanneurs, à l'école, etc.).
- ▪ Disponibilité un peu partout (par exemple, dans une station d'essence) d'aliments riches en calories et faibles en valeurs nutritives.

Structures physiques

- ✚ Présence d'une piste cyclable à proximité d'une école ou d'un milieu de travail permettant aux personnes de s'y rendre à vélo en toute sécurité.
- ▪ Construction de centres commerciaux loin des quartiers résidentiels obligeant les gens à s'y rendre en automobile.

Structures sociales et politiques

- ✚ Mise en place d'une politique alimentaire en milieu scolaire incluant l'offre d'aliments sains, des incitatifs pour accroître leur consommation et des messages éducatifs cohérents.
- ▪ Étalement des plages horaires de travail rendant de plus en plus difficile la conciliation travail-famille, ce qui résulte en un temps de plus en plus réduit pour cuisiner et pratiquer des activités physiques de loisir.

Messages culturels et médiatiques

- ✚ Réalisation de campagnes médiatiques nationales visant la consommation de fruits et légumes.
- ▪ Nombre imposant de messages publicitaires portant sur les aliments « fast food ».

Le modèle présenté à la figure 9 permet donc d'identifier et de planifier les actions les plus appropriées et d'agir à différents niveaux. Il en sera question dans les chapitres suivants.

UN POIDS SANTÉ: UNE RESPONSABILITÉ COLLECTIVE

DES RECOMMANDATIONS...

Plusieurs auteurs[5,9,23,40] reconnaissent que, compte tenu des effets limités des méthodes de réduction du poids, la priorité doit être accordée à la prévention du gain de poids et au maintien d'un poids stable. À cet effet, la Direction de santé publique recommande la mise en place, dans l'ensemble des secteurs de la société, de différentes mesures qui considèrent à la fois les facteurs individuels et environnementaux.

Au niveau individuel, il s'agit surtout d'activités d'éducation à la santé (sessions d'information, information écrite, etc.) ou de pratiques cliniques préventives. Ces interventions doivent viser à modifier les connaissances, les croyances, les habiletés, les attitudes et les valeurs des individus.

« Compte tenu des risques considérables associés à l'obésité et de l'efficacité limitée à long terme des méthodes de réduction du poids, la priorité devrait être donnée à la prévention de l'obésité et au maintien d'un poids stable plutôt qu'aux interventions de réduction de poids »[9,40].

Plus spécifiquement, en matière de pratiques cliniques préventives, les groupes d'experts[40,41] ont fait des recommandations touchant le counselling nutritionnel et la promotion de la pratique d'activités physiques. Globalement, les groupes s'entendent pour dire :

- qu'un counselling nutritionnel intensif devrait être offert aux adultes qui présentent des facteurs de risque de maladies chroniques ou aux adultes obèses qui souffrent de problèmes de santé liés à leur poids;
- que des conseils alimentaires généraux devraient être donnés aux adultes, compte tenu que le counselling nutritionnel réussit à modifier les habitudes alimentaires et qu'on peut, notamment, éviter un excès de poids en diminuant l'apport énergétique total et en consommant davantage de fibres;
- que la pratique d'activités physiques d'intensité modérée, à raison d'au moins 30 minutes par jour presque tous les jours, contribue à diminuer les problèmes de santé et la mortalité ainsi qu'à maintenir un poids corporel sain.

De plus, considérant que nous avons des preuves croissantes qui indiquent que la réduction du risque d'obésité peut être liée à la durée de l'allaitement maternel exclusif[6] et que le Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique (1994) recommande aux médecins de faire du counselling prénatal et postnatal en matière d'allaitement maternel et de réaliser des actions qui favorisent l'allaitement, des interventions doivent être prévues en ce sens. Il s'agit d'une recommandation pour laquelle nous disposons de preuves suffisantes pour affirmer que l'action des intervenants de la santé à cet égard est efficace[42].

On peut toutefois affirmer, qu'à ce jour, presque toutes les actions ont ciblé les individus, sur une approche individuelle, qu'en général ils sont déjà bien informés des problèmes liés à l'obésité et que beaucoup d'entre eux tentent activement de contrôler leur poids[9]. De plus, l'évaluation de certaines de ces actions a démontré que les approches essentiellement axées sur l'individu ont plus de chances de réussir dans un environnement qui facilite les choix santé. Enfin, considérant que le nombre de personnes aux prises avec un surplus de poids est très élevé, des interventions sur les environnements physiques et sociaux auront potentiellement un meilleur rapport coût-efficacité.

En ce qui concerne les actions sur les facteurs environnementaux, l'Institut canadien d'information sur la santé[6] a formulé, à la lumière des rapports de plusieurs groupes d'experts, des recommandations au regard des stratégies efficaces pour prévenir l'obésité. Il encourage la mise en place des stratégies suivantes, en indiquant d'entrée de jeu que la priorité devrait être accordée à la prévention de l'obésité chez les enfants.

Compte tenu que les professionnels de la santé sont souvent sollicités pour accompagner les personnes qui veulent perdre ou maintenir leur poids et pour répondre à des questions sur la perte de poids, nous jugeons important que l'information sur les pratiques recommandées en matière de gestion du poids soit disponible. Ces professionnels constituent des ressources importantes afin d'éviter une utilisation néfaste de certains produits ou services amaigrissants[43]. Vous retrouvez ces recommandations à l'annexe 2.

- Des preuves solides et croissantes permettent d'affirmer que les cours d'éducation physique donnés à l'école sont efficaces pour améliorer le niveau d'activités physiques chez les jeunes d'âge scolaire. En plus des cours d'éducation physique, le milieu scolaire devrait pouvoir offrir une variété d'occasions de pratiquer une activité physique avant ou après les heures de classe, pendant la période du midi et à la récréation.
- Des preuves solides permettent de dire qu'un programme intégré de santé en milieu scolaire constitue une approche efficace pour promouvoir l'activité physique, de saines habitudes alimentaires et possiblement contribuer à la réduction de l'obésité. Pour être efficace, un tel programme doit comporter de multiples composantes interdépendantes dont l'éducation à la santé, un environnement scolaire favorable à l'adoption de saines habitudes de vie, des services alimentaires qui tiennent compte des recommandations en matière de saine alimentation, des services de santé accessibles, des activités parascolaires et des cours d'éducation physique. Il doit de plus favoriser la participation des parents.
- Des preuves solides permettent de recommander la mise en place de mesures, programmes ou interventions à l'échelle communautaire. Ces derniers doivent pouvoir compter sur de grands changements dans l'environnement dans des secteurs comme l'aménagement urbain, le transport et le prix des aliments ainsi que sur des campagnes visibles avec des messages qui s'adressent à un grand public (campagnes médiatiques, affiches, etc.) et sur l'adoption de politiques favorables à l'adoption de saines habitudes de vie. On affirme que pour en assurer le succès, il doit y avoir une collaboration entre tous les secteurs, y compris les entreprises, les organismes communautaires, les citoyens et les différents paliers gouvernementaux.

... À LA MISE EN ŒUVRE

Actuellement, au niveau national, le gouvernement du Québec, par l'entremise du ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Institut national de santé publique du Québec et le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, prépare différentes actions pour prévenir l'obésité. La mise sur pied d'un comité scientifique sur les problèmes reliés au poids, l'élaboration d'une politique sur l'alimentation et l'activité physique à l'école, la révision de la réglementation sur la publicité s'adressant aux enfants, l'élaboration et la mise en œuvre de campagnes sociétales, la réalisation d'actions d'influence auprès des médias sont au nombre des interventions qui seront réalisées au cours des trois prochaines années.

De plus, la campagne médiatique actuellement en cours « Défi 5-30 », en lien avec la campagne « Vas-y, fais-le pour toi » est un exemple à suivre et à poursuivre. Elle implique plusieurs acteurs provenant des médias, de certains ministères, du milieu de la santé et de différentes organisations. Elle favorise la mise en place d'un contexte sur lequel les actions réalisées aux niveaux régional et local peuvent compter.

Enfin, d'autres actions nationales doivent être envisagées par différents secteurs. Par exemple, les médias ont un rôle majeur à jouer en participant à des campagnes nationales de promotion des saines habitudes de vie, mais aussi en favorisant une

représentation réaliste et plus diversifiée des silhouettes à l'intérieur de leurs différentes productions (publicité, téléromans, etc.). L'industrie agroalimentaire peut, quant à elle, contribuer à faciliter nos choix santé en offrant à coût abordable des aliments sains tels les fruits et légumes, les produits laitiers, les produits de céréales à grains entiers, etc., ou en participant à des programmes de promotion d'aliments sains.

Toutefois, les grandes instances nationales ne sont pas seules à influencer notre mode de vie. Les milieux dans lesquels nous vivons et les organismes locaux peuvent aussi y contribuer et c'est la synergie entre les niveaux national, régional et local qui permettra un véritable impact dans l'adoption, par la population, d'une alimentation saine et de la pratique régulière d'activités physiques. Voici des actions qui peuvent être réalisées aux niveaux local et régional. Ces actions sont regroupées selon les catégories de facteurs de Cohen à l'annexe 3.

CENTRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

- Implanter des actions intégrées visant tant la modification des comportements individuels que la modification des environnements (ex. : approche intégrée 0-5-30[9] COMBINAISON-PRÉVENTION, École en santé) :
  - en réalisant des actions d'influence et de soutien auprès des partenaires locaux comme les municipalités, les milieux scolaires pour les jeunes et les adultes, les milieux de travail, les organismes communautaires, les associations sportives, etc. afin qu'ils favorisent l'accès à des environnements facilitant des choix alimentaires sains et la pratique d'activités physiques;
  - en encourageant les professionnels de la santé à recourir aux pratiques cliniques préventives recommandées.
- Réaliser des actions locales en soutien aux campagnes nationales de promotion de saines habitudes de vie.
- Offrir des services de santé adéquats de gestion de poids pour les personnes qui présentent un surplus de poids et qui ont des problèmes de santé qui y sont associés (voir annexe 2).
- Sensibiliser les différents professionnels de la santé à l'importance d'éviter de stigmatiser les personnes qui ont un surplus de poids.
- Favoriser l'allaitement maternel en implantant l'initiative « Amis des bébés », en faisant la promotion de l'allaitement maternel, etc.

Offert depuis près de 20 ans, le programme « Choisir de maigrir » s'adresse aux femmes et aux hommes préoccupés par leur poids. Cette intervention de groupe a comme objectif d'amener les participantes et les participants à prendre une décision éclairée en matière de poids et d'amaigrissement. Sa durée totale est de 45 heures. Des intervenantes qualifiées accompagnent les participants tout au long de la démarche : une diététiste-nutritionniste, une intervenante psychosociale ainsi qu'une spécialiste en activité physique.

9 0-5-30 signifie : 0 tabac, 5 fruits et légumes et 30 minutes d'activités physiques par jour.

- Des preuves solides et croissantes permettent d'affirmer que les cours d'éducation physique donnés à l'école sont efficaces pour améliorer le niveau d'activités physiques chez les jeunes d'âge scolaire. En plus des cours d'éducation physique, le milieu scolaire devrait pouvoir offrir une variété d'occasions de pratiquer une activité physique avant ou après les heures de classe, pendant la période du midi et à la récréation.
- Des preuves solides permettent de dire qu'un programme intégré de santé en milieu scolaire constitue une approche efficace pour promouvoir l'activité physique, de saines habitudes alimentaires et possiblement contribuer à la réduction de l'obésité. Pour être efficace, un tel programme doit comporter de multiples composantes interdépendantes dont l'éducation à la santé, un environnement scolaire favorable à l'adoption de saines habitudes de vie, des services alimentaires qui tiennent compte des recommandations en matière de saine alimentation, des services de santé accessibles, des activités parascolaires et des cours d'éducation physique. Il doit de plus favoriser la participation des parents.
- Des preuves solides permettent de recommander la mise en place de mesures, programmes ou interventions à l'échelle communautaire. Ces derniers doivent pouvoir compter sur de grands changements dans l'environnement dans des secteurs comme l'aménagement urbain, le transport et le prix des aliments ainsi que sur des campagnes visibles avec des messages qui s'adressent à un grand public (campagnes médiatiques, affiches, etc.) et sur l'adoption de politiques favorables à l'adoption de saines habitudes de vie. On affirme que pour en assurer le succès, il doit y avoir une collaboration entre tous les secteurs, y compris les entreprises, les organismes communautaires, les citoyens et les différents paliers gouvernementaux.

Actuellement, au niveau national, le gouvernement du Québec, par l'entremise du ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Institut national de santé publique du Québec et le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, prépare différentes actions pour prévenir l'obésité. La mise sur pied d'un comité scientifique sur les problèmes reliés au poids, l'élaboration d'une politique sur l'alimentation et l'activité physique à l'école, la révision de la réglementation sur la publicité s'adressant aux enfants, l'élaboration et la mise en œuvre de campagnes sociétales, la réalisation d'actions d'influence auprès des médias sont au nombre des interventions qui seront réalisées au cours des trois prochaines années.

De plus, la campagne médiatique actuellement en cours « Défi 5-30 », en lien avec la campagne « Vas-y, fais-le pour toi » est un exemple à suivre et à poursuivre. Elle implique plusieurs acteurs provenant des médias, de certains ministères, du milieu de la santé et de différentes organisations. Elle favorise la mise en place d'un contexte sur lequel les actions réalisées aux niveaux régional et local peuvent compter.

Enfin, d'autres actions nationales doivent être envisagées par différents secteurs. Par exemple, les médias ont un rôle majeur à jouer en participant à des campagnes nationales de promotion des saines habitudes de vie, mais aussi en favorisant une

représentation réaliste et plus diversifiée des silhouettes à l'intérieur de leurs différentes productions (publicité, téléromans, etc.). L'industrie agroalimentaire peut, quant à elle, contribuer à faciliter nos choix santé en offrant à coût abordable des aliments sains tels les fruits et légumes, les produits laitiers, les produits de céréales à grains entiers, etc., ou en participant à des programmes de promotion d'aliments sains.

Toutefois, les grandes instances nationales ne sont pas seules à influencer notre mode de vie. Les milieux dans lesquels nous vivons et les organismes locaux peuvent aussi y contribuer et c'est la synergie entre les niveaux national, régional et local qui permettra un véritable impact dans l'adoption, par la population, d'une alimentation saine et de la pratique régulière d'activités physiques. Voici des actions qui peuvent être réalisées aux niveaux local et régional. Ces actions sont regroupées selon les catégories de facteurs de Cohen à l'annexe 3.

CENTRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Implanter des actions intégrées visant tant la modification des comportements individuels que la modification des environnements (ex. : approche intégrée 0-5-30[9] COMBINAISON-PRÉVENTION, École en santé) :

- en réalisant des actions d'influence et de soutien auprès des partenaires locaux comme les municipalités, les milieux scolaires pour les jeunes et les adultes, les milieux de travail, les organismes communautaires, les associations sportives, etc. afin qu'ils favorisent l'accès à des environnements facilitant des choix alimentaires sains et la pratique d'activités physiques;
- en encourageant les professionnels de la santé à recourir aux pratiques cliniques préventives recommandées.

Réaliser des actions locales en soutien aux campagnes nationales de promotion de saines habitudes de vie.

Offrir des services de santé adéquats de gestion de poids pour les personnes qui présentent un surplus de poids et qui ont des problèmes de santé qui y sont associés (voir annexe 2).

Sensibiliser les différents professionnels de la santé à l'importance d'éviter de stigmatiser les personnes qui ont un surplus de poids.

Favoriser l'allaitement maternel en implantant l'initiative « Amis des bébés », en faisant la promotion de l'allaitement maternel, etc.

Offert depuis près de 20 ans, le programme « Choisir de maigrir » s'adresse aux femmes et aux hommes préoccupés par leur poids. Cette intervention de groupe a comme objectif d'amener les participantes et les participants à prendre une décision éclairée en matière de poids et d'amaigrissement. Sa durée totale est de 45 heures. Des intervenantes qualifiées accompagnent les participants tout au long de la démarche : une diététiste-nutritionniste, une intervenante psychosociale ainsi qu'une spécialiste en activité physique.

9 0-5-30 signifie : 0 tabac, 5 fruits et légumes et 30 minutes d'activités physiques par jour.

MUNICIPALITÉS

- Offrir une programmation variée d'activités physiques à coût abordable et selon un horaire et des lieux répondant aux besoins de la population.
- Augmenter l'accessibilité et la sécurité des infrastructures de loisirs (espaces verts, parcs, etc.), des installations sportives, des voies cyclables et des endroits de marche.
- Veiller à rendre les parcours sécuritaires pour aller à l'école à pied ou à vélo.
- Mettre en œuvre des plans d'aménagement favorisant le transport actif (ex. : mails piétonniers) et le transport en commun (ex. : politique de stationnement).
- Augmenter le transport public afin, par exemple, que toute la population ait accès aux épiceries.
- Favoriser l'adoption d'un règlement de zonage limitant le nombre et la proximité des établissements de restauration rapide à proximité des écoles.
- Modifier les normes et les pratiques alimentaires (qualité des aliments, grosseur des portions, services alimentaires) dans les établissements municipaux (ex. : aréna).
- Participer aux différentes campagnes nationales de promotion de saines habitudes de vie.

Depuis 4 ans, la ville de Farnham participe à la campagne nationale « Plaisir sur glace » organisée par Kino-Québec. Cet événement vise la promotion du patinage familial sur les glaces extérieures du quartier ou de la municipalité. La ville de Farnham organise différentes activités d'animation telles que rallye, olympiades sur glace, balades en traîneau à chien, etc. L'événement a pris une telle envergure que Farnham a augmenté son nombre de surfaces glacées en aménageant un anneau de glace supplémentaire. Avec une population de 8 000 habitants, la ville de Farnham entretient quatre patinoires : deux avec bandes et deux anneaux de glace dont la magnifique patinoire de 2 km sur la rivière. Selon le directeur des loisirs de cette municipalité, « Plaisir sur glace » a permis de mieux faire connaître ses patinoires et d'en augmenter l'achalandage.

COMMISSIONS SCOLAIRES ET ÉCOLES

Avec la collaboration de partenaires de la communauté, dans le cadre d'une approche « École en santé », accorder une priorité à la mise en œuvre de diverses mesures favorisant l'acquisition de saines habitudes de vie telles que l'activité physique et l'alimentation, et ce, autant pour les élèves et les étudiants adultes que pour le personnel :

Augmenter les occasions de pratique d'activités physiques par une ou plusieurs des mesures suivantes :

- augmenter le temps alloué à l'éducation physique;
- offrir aux jeunes et aux adultes de tous les niveaux d'habileté une plus grande accessibilité aux installations sportives et au matériel;
- aménager des installations qui répondent aux nouvelles tendances en activité physique (ex. : panier de basket-ball dans la cour d'école);
- organiser la cour d'école;
- élargir la gamme d'activités récréatives offertes sur l'heure du midi et après les heures de classe;
- s'associer au milieu municipal afin de permettre de se rendre à l'école à pied ou à vélo de façon sécuritaire.

Implanter une politique alimentaire qui comprend des activités d'éducation, une offre d'aliments sains et des incitations à consommer de tels aliments.

Réaliser des interventions qui incluent un volet s'adressant aux parents afin qu'ils soutiennent l'adoption de saines habitudes de vie chez leur enfant.

Comment servir des menus à la cafétéria d'une école secondaire qui vont satisfaire en même temps les parents, les jeunes, la direction d'école, le traiteur concessionnaire et la diététiste du CLSC? C'est ce problème que l'école Châteauguay Valley a résolu par la mise en place de son projet « Nutrition and Teen Friendly Cafeteria ». Convaincus de la nécessité de valider leur perception du problème, un parent, deux enseignants et la diététiste du CLSC forment un petit comité. Un sondage est fait auprès des étudiants, du personnel de l'école et des parents pour connaître le niveau de satisfaction face au service alimentaire et identifier des éléments de solution. Le comité rencontre par la suite le responsable des finances de la commission scolaire et le traiteur concessionnaire et les informe des résultats du sondage. Des solutions sont proposées : servir des mets « fast food » une seule fois par semaine, accompagnés d'une salade, offrir quotidiennement deux choix de menus, etc. De plus, afin de s'assurer du suivi de la démarche, le comité cafétéria est élargi, accueillant des étudiants, le traiteur concessionnaire et le directeur de l'école. Les résultats sont ensuite évalués pour constater le succès de la démarche : des mets moins gras sont offerts et les commentaires sont très positifs. Lorsque surgit un problème, celui-ci est apporté au comité et rapidement résolu.

MUNICIPALITÉS

- Offrir une programmation variée d'activités physiques à coût abordable et selon un horaire et des lieux répondant aux besoins de la population.
- Augmenter l'accessibilité et la sécurité des infrastructures de loisirs (espaces verts, parcs, etc.), des installations sportives, des voies cyclables et des endroits de marche.
- Veiller à rendre les parcours sécuritaires pour aller à l'école à pied ou à vélo.
- Mettre en œuvre des plans d'aménagement favorisant le transport actif (ex. : mails piétonniers) et le transport en commun (ex. : politique de stationnement).
- Augmenter le transport public afin, par exemple, que toute la population ait accès aux épiceries.
- Favoriser l'adoption d'un règlement de zonage limitant le nombre et la proximité des établissements de restauration rapide à proximité des écoles.
- Modifier les normes et les pratiques alimentaires (qualité des aliments, grosseur des portions, services alimentaires) dans les établissements municipaux (ex. : aréna).
- Participer aux différentes campagnes nationales de promotion de saines habitudes de vie.

Depuis 4 ans, la ville de Farnham participe à la campagne nationale « Plaisir sur glace » organisée par Kino-Québec. Cet événement vise la promotion du patinage familial sur les glaces extérieures du quartier ou de la municipalité. La ville de Farnham organise différentes activités d'animation telles que rallye, olympiades sur glace, balades en traîneau à chien, etc. L'événement a pris une telle envergure que Farnham a augmenté son nombre de surfaces glacées en aménageant un anneau de glace supplémentaire. Avec une population de 8 000 habitants, la ville de Farnham entretient quatre patinoires : deux avec bandes et deux anneaux de glace dont la magnifique patinoire de 2 km sur la rivière. Selon le directeur des loisirs de cette municipalité, « Plaisir sur glace » a permis de mieux faire connaître ses patinoires et d'en augmenter l'achalandage.

COMMISSIONS SCOLAIRES ET ÉCOLES

Avec la collaboration de partenaires de la communauté, dans le cadre d'une approche « École en santé », accorder une priorité à la mise en œuvre de diverses mesures favorisant l'acquisition de saines habitudes de vie telles que l'activité physique et l'alimentation, et ce, autant pour les élèves et les étudiants adultes que pour le personnel :

Augmenter les occasions de pratique d'activités physiques par une ou plusieurs des mesures suivantes :

- augmenter le temps alloué à l'éducation physique;
- offrir aux jeunes et aux adultes de tous les niveaux d'habileté une plus grande accessibilité aux installations sportives et au matériel;
- aménager des installations qui répondent aux nouvelles tendances en activité physique (ex. : panier de basket-ball dans la cour d'école);
- organiser la cour d'école;
- élargir la gamme d'activités récréatives offertes sur l'heure du midi et après les heures de classe;
- s'associer au milieu municipal afin de permettre de se rendre à l'école à pied ou à vélo de façon sécuritaire.

Implanter une politique alimentaire qui comprend des activités d'éducation, une offre d'aliments sains et des incitations à consommer de tels aliments.

Réaliser des interventions qui incluent un volet s'adressant aux parents afin qu'ils soutiennent l'adoption de saines habitudes de vie chez leur enfant.

Comment servir des menus à la cafétéria d'une école secondaire qui vont satisfaire en même temps les parents, les jeunes, la direction d'école, le traiteur concessionnaire et la diététiste du CLSC? C'est ce problème que l'école Châteauguay Valley a résolu par la mise en place de son projet « Nutrition and Teen Friendly Cafeteria ». Convaincus de la nécessité de valider leur perception du problème, un parent, deux enseignants et la diététiste du CLSC forment un petit comité. Un sondage est fait auprès des étudiants, du personnel de l'école et des parents pour connaître le niveau de satisfaction face au service alimentaire et identifier des éléments de solution. Le comité rencontre par la suite le responsable des finances de la commission scolaire et le traiteur concessionnaire et les informe des résultats du sondage. Des solutions sont proposées : servir des mets « fast food » une seule fois par semaine, accompagnés d'une salade, offrir quotidiennement deux choix de menus, etc. De plus, afin de s'assurer du suivi de la démarche, le comité cafétéria est élargi, accueillant des étudiants, le traiteur concessionnaire et le directeur de l'école. Les résultats sont ensuite évalués pour constater le succès de la démarche : des mets moins gras sont offerts et les commentaires sont très positifs. Lorsque surgit un problème, celui-ci est apporté au comité et rapidement résolu.

MILIEUX DE GARDE (CENTRE DE LA PETITE ENFANCE, GARDERIES PRIVÉES, GARDERIES EN MILIEU SCOLAIRE)

- Offrir des occasions de pratique d'activités physiques répondant aux habilités et aux besoins des enfants et des membres du personnel.
- Implanter une politique alimentaire qui comprend des activités d'éducation et une offre d'aliments sains.

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES OU GROUPES DE CITOYENS

- Réaliser des actions d'influence visant à rendre les environnements favorables à l'adoption de saines habitudes de vie.
- Réaliser des actions favorisant l'allaitement maternel.
- Participer à des mécanismes de concertation (table intersectorielle ou comité « école en santé ») qui poursuivent des objectifs en lien avec l'adoption de saines habitudes de vie.
- Mettre en œuvre des interventions de soutien social, par exemple, des clubs de marche pour les personnes à la retraite.
- Éviter la malbouffe lors d'événements avec les bénévoles ou leur clientèle, ou pour une levée de fonds.

Au centre de la petite enfance de Saint-Lambert « Agathe la Girafe », de saines habitudes de vie telles que la pratique régulière d'activités physiques, les sorties extérieures quotidiennes et une saine alimentation sont au coeur de la philosophie de l'établissement. Au cours des deux dernières années, le CPE a mis sur pied des activités favorisant l'acquisition de ces saines habitudes de vie, autant chez les enfants que chez les membres du personnel.

Pour l'activité physique : élaboration d'un protocole de sorties extérieures quotidiennes, animation dans la cour extérieure, aménagement d'une salle de motricité, implantation de cours de danse et d'expression corporelle dans tous les groupes, participation à la campagne « Marche » et « Plaisir sur glace » de Kino-Québec, organisation de deux journées d'activités physiques (hiver et été) dans la communauté, en collaboration avec d'autres milieux de garde environnants, mise sur pied du projet « Agathe-mobile » (vélos laissés à la disposition des employés pour favoriser les déplacements entre les deux installations ou pour leur utilisation pendant les pauses et l'heure des repas).

Pour l'alimentation : consultation périodique d'une nutritionniste pour le choix et l'équilibre des menus, production d'un livre de recettes à l'intention des parents, offre de repas du midi à prix modique aux employés.

MILIEUX DE TRAVAIL

Dans le cadre d'un programme intégré visant la promotion de saines habitudes de vie, tel le programme 0-5-30 COMBINAISON-PRÉVENTION :

- Aménager des environnements favorables à la pratique d'activités physiques.
- Offrir des menus et des aliments nutritifs à coût abordable (politique alimentaire).
- Favoriser des mesures de conciliation travail-famille.
- Participer aux différentes campagnes nationales de promotion de saines habitudes de vie.

Environ 200 personnes travaillent au CLSC Kateri, qui fait partie du Centre de santé et de services sociaux Jardins-Roussillon. Depuis 2001, la direction du CLSC a mis sur pied un programme favorisant l'activité physique pour le personnel. Un comité composé d'employés de différents secteurs a été mis en place et offre à l'ensemble du personnel plusieurs services et activités tels qu'un programme de subvention partielle à certaines activités physiques, une entente corporative avec des centres de conditionnement physique, une organisation d'activités ponctuelles (randonnées, vélo, tournois de volley-ball, parties de balle-molle, parties de hockey bottine, etc.).

RESTAURANTS

- Implanter des programmes tels que les *Menus Mieux Vivre*.
- Offrir des portions de grosseurs adéquates.

Le « Réseau des Menus Mieux Vivre » est un ensemble d'établissements à travers le Québec offrant un choix de menus santé à leur clientèle. Les *Menus Mieux Vivre* sont des menus avec autant de goût et de saveur que les autres menus réguliers. Ils offrent cependant un choix réduit en matières grasses totales d'au moins 30 à 50 %. Les plats consommés sont donc restreints en gras et en cholestérol, tout en restant très raisonnables en calories, en sel ainsi qu'en sucre. De plus, les *Menus Mieux Vivre* contiennent des aliments des quatre groupes du Guide alimentaire; l'équilibre alimentaire est donc respecté.

MILIEUX DE GARDE (CENTRE DE LA PETITE ENFANCE, GARDERIES PRIVÉES, GARDERIES EN MILIEU SCOLAIRE)

- Offrir des occasions de pratique d'activités physiques répondant aux habilités et aux besoins des enfants et des membres du personnel.
- Implanter une politique alimentaire qui comprend des activités d'éducation et une offre d'aliments sains.

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES OU GROUPES DE CITOYENS

- Réaliser des actions d'influence visant à rendre les environnements favorables à l'adoption de saines habitudes de vie.
- Réaliser des actions favorisant l'allaitement maternel.
- Participer à des mécanismes de concertation (table intersectorielle ou comité « école en santé ») qui poursuivent des objectifs en lien avec l'adoption de saines habitudes de vie.
- Mettre en œuvre des interventions de soutien social, par exemple, des clubs de marche pour les personnes à la retraite.
- Éviter la malbouffe lors d'événements avec les bénévoles ou leur clientèle, ou pour une levée de fonds.

Au centre de la petite enfance de Saint-Lambert « Agathe la Girafe », de saines habitudes de vie telles que la pratique régulière d'activités physiques, les sorties extérieures quotidiennes et une saine alimentation sont au coeur de la philosophie de l'établissement. Au cours des deux dernières années, le CPE a mis sur pied des activités favorisant l'acquisition de ces saines habitudes de vie, autant chez les enfants que chez les membres du personnel.

Pour l'activité physique : élaboration d'un protocole de sorties extérieures quotidiennes, animation dans la cour extérieure, aménagement d'une salle de motricité, implantation de cours de danse et d'expression corporelle dans tous les groupes, participation à la campagne « Marche » et « Plaisir sur glace » de Kino-Québec, organisation de deux journées d'activités physiques (hiver et été) dans la communauté, en collaboration avec d'autres milieux de garde environnants, mise sur pied du projet « Agathe-mobile » (vélos laissés à la disposition des employés pour favoriser les déplacements entre les deux installations ou pour leur utilisation pendant les pauses et l'heure des repas).

Pour l'alimentation : consultation périodique d'une nutritionniste pour le choix et l'équilibre des menus, production d'un livre de recettes à l'intention des parents, offre de repas du midi à prix modique aux employés.

MILIEUX DE TRAVAIL

Dans le cadre d'un programme intégré visant la promotion de saines habitudes de vie, tel le programme 0-5-30 COMBINAISON-PRÉVENTION :

- Aménager des environnements favorables à la pratique d'activités physiques.
- Offrir des menus et des aliments nutritifs à coût abordable (politique alimentaire).
- Favoriser des mesures de conciliation travail-famille.
- Participer aux différentes campagnes nationales de promotion de saines habitudes de vie.

Environ 200 personnes travaillent au CLSC Kateri, qui fait partie du Centre de santé et de services sociaux Jardins-Roussillon. Depuis 2001, la direction du CLSC a mis sur pied un programme favorisant l'activité physique pour le personnel. Un comité composé d'employés de différents secteurs a été mis en place et offre à l'ensemble du personnel plusieurs services et activités tels qu'un programme de subvention partielle à certaines activités physiques, une entente corporative avec des centres de conditionnement physique, une organisation d'activités ponctuelles (randonnées, vélo, tournois de volley-ball, parties de balle-molle, parties de hockey bottine, etc.).

RESTAURANTS

- Implanter des programmes tels que les *Menus Mieux Vivre*.
- Offrir des portions de grosseurs adéquates.

Le « Réseau des Menus Mieux Vivre » est un ensemble d'établissements à travers le Québec offrant un choix de menus santé à leur clientèle. Les *Menus Mieux Vivre* sont des menus avec autant de goût et de saveur que les autres menus réguliers. Ils offrent cependant un choix réduit en matières grasses totales d'au moins 30 à 50 %. Les plats consommés sont donc restreints en gras et en cholestérol, tout en restant très raisonnables en calories, en sel ainsi qu'en sucre. De plus, les *Menus Mieux Vivre* contiennent des aliments des quatre groupes du Guide alimentaire; l'équilibre alimentaire est donc respecté.

Les engagements de la Direction de santé publique de la Montérégie

La Direction de santé publique vise à assumer un leadership face à la problématique du surplus de poids. Par conséquent, elle s'engage à réaliser les actions suivantes, en lien avec son *Plan d'action régional de santé publique*[64], le *Programme national de santé publique*[65], les besoins qu'elle identifie dans sa région ainsi que la proposition d'actions que le MSSS a déposée à l'automne 2004. En continuité avec le contenu de ces documents, elle met en priorité les actions qui visent à modifier les environnements.

Elle s'engage à inclure la surveillance de l'embonpoint et de l'obésité dans son *Plan de surveillance* ainsi que la surveillance des principaux facteurs de risque qui y sont associés, soit la mauvaise alimentation et la sédentarité. Elle en diffusera les informations sur une base régulière et dans un format utile aux intervenants et aux décideurs de sa région.

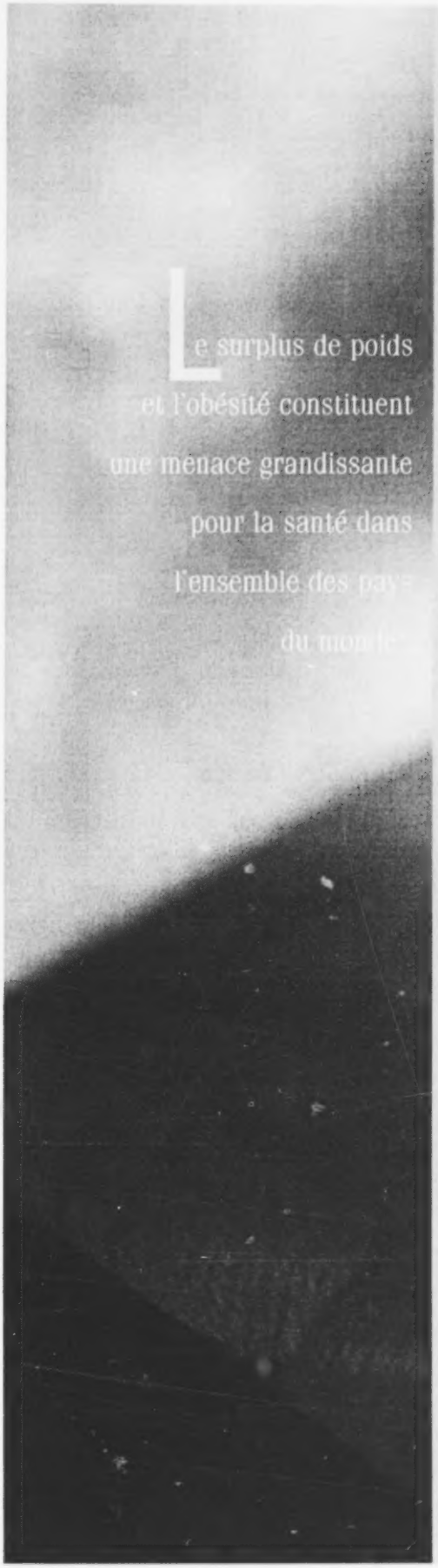
Elle s'engage à informer la population sur les données de santé relatives à la problématique du poids ainsi que sur l'importance et l'efficacité des différentes mesures mises en œuvre afin d'améliorer la situation.

Elle s'engage à exercer un rôle d'influence et à soutenir, notamment par de la formation et des outils d'intervention, les différentes instances de la région concernées par :

- l'implantation de politiques alimentaires;
- le déploiement d'« École en santé » qui cible notamment les actions au regard de l'adoption de saines habitudes de vie, en accordant par exemple de l'importance aux pratiques pour une école active et à la création d'environnements favorisant l'activité physique et une saine alimentation;
- le développement d'une politique d'accès au transport actif et à la pratique sécuritaire d'activités physiques de loisirs en milieu municipal;
- l'adoption de réglementations afin, notamment, de favoriser les règlements de zonage qui limitent la présence des établissements de restauration rapide à proximité des écoles;
- l'adoption de pratiques cliniques favorisant de saines habitudes de vie et une saine gestion du poids;
- le soutien aux campagnes sociétales visant à modifier la norme sociale au regard de la problématique du poids et à favoriser l'adoption de saines habitudes de vie;
- l'implantation de l'approche intégrée 0-5-30 COMBINAISON-PRÉVENTION.

Elle s'engage à porter une attention particulière, à exercer un rôle d'influence et à soutenir les différentes instances qui veulent intervenir auprès des populations économiquement défavorisées, des communautés culturelles, de groupes particuliers.

Elle s'engage à assurer un suivi à l'égard de l'implantation des différentes actions recommandées dans le présent document et d'en informer ses partenaires.



CONCLUSION

La prévention de l'embonpoint et de l'obésité ne font pas partie actuellement des priorités des acteurs de santé publique en Montérégie. Toutefois, compte tenu de la tendance croissante observée de leur ampleur et de la gravité de leurs conséquences, nous ne pouvons remettre à plus tard l'action de prévention à cet égard.

Nous avons démontré dans ce rapport que tout notre environnement nous porte de plus en plus vers la sédentarité et vers la consommation de produits alimentaires ayant un fort apport calorique et une faible valeur nutritive. Or, c'est par un bon équilibre entre l'activité physique et une bonne alimentation qu'on peut favoriser le maintien d'un poids santé. Bien que la majorité de la population soit consciente de cette réalité et ait l'intention d'adopter de saines habitudes de vie, la réalisation de cette intention se fait attendre. Cette situation est fortement conditionnée par des facteurs liés aux environnements social, culturel, politique et économique dans lesquels nous vivons.

Tel que proposé par l'Organisation mondiale de la santé, notre action doit, de façon prioritaire, mettre l'accent sur l'amélioration des milieux de vie afin qu'ils facilitent les choix santé de la population. Nous devons donc agir en collaboration avec les différents secteurs de la société qui détiennent les leviers d'action permettant d'effectuer de réels changements. C'est par l'implication de tous que nous contribuerons à favoriser l'adoption de saines habitudes de vie dans notre région.

Enfin, beaucoup de recherches se poursuivront, le problème de l'obésité étant une préoccupation tant au Québec qu'au Canada et dans le monde entier. Des développements sont donc à prévoir notamment au niveau de la classification du poids chez les enfants ainsi que des avantages et des risques pour la santé découlant d'une perte de poids. La Direction de santé publique, en plus des engagements déjà indiqués, s'engage à diffuser ces nouvelles connaissances lorsqu'elles seront disponibles.

RÉFÉRENCES

1 **Santé Canada (2003).** *Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes*, Ottawa, Service des publications de Santé Canada, 43 p.

2 **Dagenais, G.R., et autres (2003).** « Increased occurrence of diabetes in people with ischemic cardiovascular disease and general abdominal obesity », *C.J. Cardiol.*, 19 (12), p.1387-1391.

3 **Despres, J.P. (2001).** *Conséquences de l'obésité pour la santé : une tragédie nationale*, dans Dialogue national sur le poids santé, Sommaire des délibérations. [En ligne] [www.cihr-irsc.gc.ca/f /institutes/inmd/healthy_body_weight_f.pdf] (décembre 2004).

4 **Cole, T.J., et autres (2000).** « Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: an international survey », *BMJ*, vol. 320, p. 1-6.

5 **Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2004).** *Le surpoids et l'obésite au Canada, une perspective de la santé de la population*, Ottawa, 104 p.

6 **Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2004).** *Améliorer la santé des Canadiens*, Ottawa, p. 105-145.

7 **Tremblay, M.S., P.T. Katzmarzyk et J.D. Willms (2002).** « Temporal trends in overweight and obesity in Canada, 1981-1996 », *IJO*, vol 26, p. 538-543.

8 **Bar-OR, O., et autres (1998).** « Physical activity, genetic and nutritional considerations in childwood weight imagement ». *Medecine and Science in Sports and Exercise*, 30 (1) : p. 2-10 dans Kino-Québec (2000). *L'activité physique, déterminant de la santé des jeunes, avis du comité scientifique de Kino-Québec*, secrétariat au Loisir et au Sport, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 24 p.

9 **Organisation mondiale de la santé (2003).** *Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale : rapport d'une consultation de l'OMS*, Genève, 284 p.

10 **Direction de santé publique de la Montérégie.** Enquête téléphonique régionale SOM - Printemps 2000. Document interne.

11 **Lavallée, C., et S. Stan (2004).** « Caractéristiques des enfants et des adolescents québécois de 6 à 16 ans » dans *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois, Volet nutrition*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 2.

12 **Peeters, A., et autres (2003).** « Obesity in adulthood and its consequences for life expectancy: A life-table analysis ». *Ann Intern Med*, 138 (1), p. 24–32.

13 **Olshansky, S.J. (2005).** *Will Human Life Expectancy Decline in the 21st Century ?* Présentation, Watson Wyatt Public Lecture, CASS Business School, Londres.

14 **Pan, S.Y., et autres (2004).** « Association of Obesity and Cancer Risk in Canada », *Am J Epid*, vol. 159, p. 259-268.

15 **Birmingham, C.L., J.L. Muller, A. Palepu, J.J. Spinelli et A.H. Anis (1999).** « The cost of obesity in Canada », JAMC, 160, p. 483-488.

16 **Katzmarzyk, P.T., et C.I. Ardern (2004).** « Overweight and Obesity Mortality Trends in Canada, 1985-2000 », *CJPH*, 95 (1), p. 16-20.

17 **Tsai, W.L., et autres (2004).** « The Impact of Obesity on Medical Problems and Quality of Life », *Am J Epid*, vol. 160, p. 557-565.

18 **Thorpe, K.E., C.S. Florence, D.H. Howard, et P. Joski (2004).** « Trends: The Impact of Obesity Rising Medical Spending », *Health Affairs*, w4, p. 480-486.

19 **Santé Canada (1992).** *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*, Ottawa, Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition.

20 **United States Department of Health and Human Services (USDHHS) (1996).** *Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General*, Atlanta, Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.

21 **Cavill, N., S. Biddle et J.-F. Sallis (2001).** « Consensus Statement, Health Enhancing Physical Activity for Young People: Statement of the United Kingdom Expert Consensus Conference », *Pediatric Exercice Science*, vol. 13, p. 12-25.

22 **Ministère de l'agriculture, des pêcheries et de l'alimentation (2004).** *AC Nielsen : dépenses alimentaires des Québecois 2003, un outil de réference*. [En ligne], [www.mapaq.gouv.qc.ca/ Fr/Transformation/Avis_Publicité/default.htm] (21 février 2005).

23 **Dubois, L., et autres (2000).** *Alimentation : perceptions, pratiques et insécurité alimentaire* dans Enquête sociale et de santé 1998, 2e édition, Québec, Institut de la statistique, chapitre 6.

24 **Brownell, K.D. (2004).** *Food Fight: the inside story of the food industry. America's obesity crisis, and what we can do about it?* McGraw Hill Co.

25 **Association pour la santé publique du Québec (2003).** *Les problèmes reliés au poids au Québec : un appel à la mobilisation,* Montréal, Groupe de travail provincial sur la problématique du poids, 23 p.

26 **Bellerose, C., et autres (2002).** *Expériences de vie des élèves du niveau secondaire de la Montérégie, rapport général,* Longueuil, Régie régionale de la santé et des services sociaux – Montérégie, Direction de santé publique, 194 p.

27 **Irving, L..M., et D. Neumark-Sztainer (2002).** « Integrating the Prevention of Eating Disorders and Obesity: Feasible or Futile ? », *Preventive Medecine,* vol. 34, p. 299-309.

28 **Bertrand, L. (2001).** *L'alimentation* dans « 6-12-17 – Nous serons bien mieux ! », Québec, Les publications du Québec, p.169-210.

29 **Statistique Canada (2004).** *Statistiques sur les aliments,* vol. 3, (2).

30 **Kino-Québec (2000).** *Alerte à la sedentarité,* dans Kino-Québec, *Plan d'action 2000-2005 en matière de lutte à la sédentarité et de promotion de l'activité physique,* Québec, Secrétariat au loisir et au sport, ministère de la Santé et des Services sociaux, 35 p.

31 **Mongeau, L. (2004).** *Rendre les environnements facilitants – La problématique du poids : constats et défis.* Présentation en novembre 2004, Montréal, Institut national de santé publique du Québec.

32 **Frank, L., et autres (2004).** « Obesity Relationships with Community Design, Physical Activity and Time Spent in Cars », *Am J Prev Med,* 27 (2), p. 87-96.

33 **Statistique Canada (2005).** *Nombre moyen hebdomadaire d'heures d'écoute de la télévision – 2002.* [En ligne] [www.statcan.ca/francais/Pgdb/arts23_htm] (16 février 2005).

34 **Statistique Canada (2004).** *Ménages comptant au moins un utilisateur régulier d'Internet à la maison.* [En ligne] [www.statcan.ca/francais/Pgdb/arts50a_f.htm] (21 février 2005).

35 **Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie (2002).** [En ligne] [www.cflri.ca/icrcp/ap/sondages/sondage_2000/2000f_qc.html] (16 février 2005).

36 **Institut de la statistique du québec (2003).** *Compendium de fichiers produits avec le fichier de microdonnees à grande diffusion de Statistique Canada,* mai 2003.

37 **Nolin, B., et D. Hamel (2004).** *Résultats basés sur l'analyse des fichiers de microdonnées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001.* Institut national de santé publique du Québec (données non publiées).

38 **Godin, G. (1996).** *Étude des facteurs associés à l'adoption de la pratique régulière des activités physiques dans la population du Québec.* Québec, Université Laval, 70 p.

39 **Cohen, D.A., R.A. Scribner et T.A. Farlley (2000).** « A Structural Model of Health Behavior: A Pragmatic Approach to Explain and Influence Behaviors at the Population Level », *Preventive Medicine,* vol. 30, p. 146-154.

40 **Douketis J., et autres (1999).** « Examen médical périodique, mise à jour de 1999 : 1. Détection, prévention et traitement de l'obésité », avec la collaboration du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, *JAMC,* 160, p. 513-525

41 **U.S. Preventive Services Task Force (2003).** *Recommendations and Rationale, Screening for Obesity in Adults,* [En ligne] [www.ahrq.gov/clinic/3rduspastf/ obesity/obesrr.htm] (décembre 2004).

42 **Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique (1994).** *Guide canadien de médecine clinique préventive,* Ottawa, Santé Canada, p. 261 à 274

43 **Association pour la santé publique du Québec (2004).** *Maigrir, pour le meilleur et non le pire,* Montréal, 60 p.

44 **Direction de santé publique de la Montérégie (2003).** *Vers une action renouvelée en santé publique pour la Montérégie, Plan d'action régional 2004-2007,* Longueuil, Régie régionale de la santé et des services sociaux, 184 p.

45 **Ministère de la santé et des services sociaux (2003).** *Programme national de santé publique 2003-2012,* Québec, Gouvernement du Québec, 133 p.

ANNEXE 1

Dans le volet nutrition de *l'Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, « la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité a été estimée en comparant la valeur de l'IMC des jeunes Québécois aux valeurs de référence internationales établies par Cole et ses collaborateurs (2000)[a]. Ces valeurs ont été déterminées en calculant des courbes de percentiles établies à partir des données de vastes échantillons représentatifs de six pays de continents différents. Les seuils d'embonpoint ont été définis par les centiles correspondant à un indice de masse corporelle de 25 kg/m² chez un adulte de 18 ans. Le seuil permettant de définir l'obésité correspond quant à lui à 30 kg/m². Ces valeurs de référence pour chaque âge et sexe sont présentées au tableau ci-contre. Leur utilisation présente l'avantage de permettre des comparaisons internationales et, pour cette raison, ces valeurs sont de plus en plus utilisées. Elles reposent toutefois sur l'hypothèse que les risques que représente le surpoids pour la santé à l'âge adulte sont les mêmes chez les enfants et les adolescents »[b].

A noter que ces seuils sont utilisés dans le cadre d'études populationnelles pour fins de comparaison. Il ne s'agit pas de seuils recommandés au plan clinique. A ce sujet, voir l'annexe 2.

Valeurs de référence[1] de l'IMC pour déterminer l'embonpoint et l'obésité, selon le sexe et l'âge, parmi les enfants et adolescents québécois de 6 à 16 ans

	Embonpoint IMC : 25 kg/m²		Obésité IMC : 30 kg/m²	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles
6 ans	17,55	17,34	19,78	19,65
7 ans	17,92	17,75	20,61	20,51
8 ans	18,44	18,35	21,60	21,57
9 ans	19,10	19,07	22,77	22,81
10 ans	19,84	19,86	24,00	24,11
11 ans	20,55	20,74	25,10	25,42
12 ans	21,22	21,68	26,02	26,67
13 ans	21,91	22,58	26,84	27,76
14 ans	22,62	23,34	27,63	28,57
15 ans	23,29	23,94	28,30	29,11
16 ans	23,90	24,37	28,88	29,43

[1] COLE T. J. et autres (2000).

Source :
Institut de la statistique du Québec.
- Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999, Volet nutrition (Lavallée et Stan 2004)

a COLE, T.J., et autres (2000). « Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide : an international survey », *BMJ*, vol. 320, p. 1-6

b LAVALLÉE, C., et S. STAN (2004). « Caractéristiques des enfants et des adolescents québécois de 6 à 16 ans » dans *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois, Volet nutrition*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 2.

ANNEXE 1

VALEURS DE RÉFÉRENCE DE COLE ET COLL.

Dans le volet nutrition de *l'Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, « la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité a été estimée en comparant la valeur de l'IMC des jeunes Québécois aux valeurs de référence internationales établies par Cole et ses collaborateurs (2000)[a]. Ces valeurs ont été déterminées en calculant des courbes de percentiles établies à partir des données de vastes échantillons représentatifs de six pays de continents différents. Les seuils d'embonpoint ont été définis par les centiles correspondant à un indice de masse corporelle de 25 kg/m² chez un adulte de 18 ans. Le seuil permettant de définir l'obésité correspond quant à lui à 30 kg/m². Ces valeurs de référence pour chaque âge et sexe sont présentées au tableau ci-contre. Leur utilisation présente l'avantage de permettre des comparaisons internationales et, pour cette raison, ces valeurs sont de plus en plus utilisées. Elles reposent toutefois sur l'hypothèse que les risques que représente le surpoids pour la santé à l'âge adulte sont les mêmes chez les enfants et les adolescents »[b].

A noter que ces seuils sont utilisés dans le cadre d'études populationnelles pour fins de comparaison. Il ne s'agit pas de seuils recommandés au plan clinique. A ce sujet, voir l'annexe 2.

Valeurs de référence[1] de l'IMC pour déterminer l'embonpoint et l'obésité, selon le sexe et l'âge, parmi les enfants et adolescents québécois de 6 à 16 ans

	Embonpoint IMC : 25 kg/m²		Obésité IMC : 30 kg/m²	
Âge	Garçons	Filles	Garçons	Filles
6 ans	17,55	17,34	19,78	19,65
7 ans	17,92	17,75	20,63	20,51
8 ans	18,44	18,35	21,60	21,57
9 ans	19,10	19,07	22,77	22,81
10 ans	19,84	19,86	24,00	24,11
11 ans	20,55	20,74	25,10	25,42
12 ans	21,22	21,68	26,02	26,67
13 ans	21,91	22,58	26,84	27,76
14 ans	22,62	23,34	27,63	28,57
15 ans	23,29	23,94	28,30	29,11
16 ans	23,90	24,37	28,88	29,43

[1] COLE T. J. et autres (2000).

Source :
Institut de la statistique du Québec,
• Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999, Volet nutrition (Lavallée et Stan 2004)

[a] COLE, T.J., et autres (2000). « Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide : an international survey », *BMJ*, vol. 320, p. 1-6

[b] LAVALLÉE, C., et S. STAN (2004). « Caractéristiques des enfants et des adolescents québécois de 6 à 16 ans » dans *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois, Volet nutrition*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 2.

ANNEXE 2

POUR LES ADULTES QUI PRÉSENTENT UN SURPLUS DE POIDS (IMC ≥ 25) ASSOCIÉ À AU MOINS UN PROBLÈME DE SANTÉ CONCOMITANT

Pour les personnes qui ont un surplus de poids (IMC ≥ 25) accompagné d'un problème de santé tels le diabète, l'hypertension, les maladies coronariennes, l'hyperlipidémie et l'apnée du sommeil obstructive, les experts sont unanimes sur les mesures à prendre en matière de gestion de poids[a] :

- **mesurer l'IMC** chez les 18 à 65 ans qui ont un problème de santé concomitant;
- **pour les personnes qui ont un IMC de 25 à 26,9** : appliquer rigoureusement les pratiques cliniques préventives recommandées pour l'ensemble de la population (counselling alimentaire) et faire la promotion de l'activité physique;
- **pour les personnes qui ont un IMC plus grand que 27** : offrir un traitement visant la réduction du poids, compte tenu qu'une réduction, même si elle ne se maintient qu'à court terme, peut diminuer les symptômes et réduire la nécessité d'une médication[b]. Les traitements recommandés sont :
  - approche mixte : counselling diététique, régime restrictif, pratique régulière d'activités physiques et approche comportementale;
  - traitement avec médicaments (Orlistat ou Sibutramine) : efficacité à court terme si utilisé seul; à utiliser en 2e ligne, conjointement à l'approche mixte si cette dernière est insuffisante;
- **pour les personnes qui ont un IMC plus grand que 40** : utiliser un traitement chirurgical en 2e ligne.

IMPORTANT

Avant d'aborder les recommandations concernant la gestion du poids, il est important de noter quelques effets paradoxaux possibles de telles interventions[c] :

- la stigmatisation des personnes obèses ou ayant un excès de poids. Il faut donc que les professionnels n'aient pas d'attitudes négatives à leur égard;
- de possibles effets négatifs associés au cycle des diètes (perte de poids suivie d'une reprise de poids, possiblement plus élevée);
- de possibles troubles de l'alimentation associés aux fortes restrictions alimentaires;
- le tabagisme dans l'espoir d'éviter une prise de poids;.
- une possible augmentation de la dépression et une mauvaise estime de soi associées avec le fait de ne jamais parvenir à perdre du poids de façon importante et de ne pas le maintenir à long terme. Cela peut même se solder par une prise de poids supplémentaire et par l'abandon de bonnes habitudes de vie.

DE PLUS, IL FAUT SE RAPPELER :

- que les réponses physiologiques limitent la perte de poids;
- qu'une perte de poids de l'ordre même de seulement 5 à 10 % du poids initial en un an a pour effet de réduire la mortalité. Les personnes sont rarement félicitées pour une perte de poids aussi modeste alors que cela a nécessité beaucoup d'efforts et est très bénéfique pour leur santé.

a International Association for the Study of Obesity, *About Obesity*. [En ligne] [www.iaso.org] (novembre 2004).

b Douketis J., et autres (1999). « Examen médical périodique, mise à jour de 1999 : 1. Détection, prévention et traitement de l'obésité », avec la collaboration du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, *JAMC*, 160, p. 513-525.

c Organisation mondiale de la santé (2003). *Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale : rapport d'une consultation de l'OMS*, Genève, 284 p.

DANS UNE DÉMARCHE DE RÉDUCTION DU POIDS, CERTAINS CRITÈRES DOIVENT ÊTRE RESPECTÉS SELON L'ASSOCIATION POUR LA SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC[d] :

1. Le rythme de perte de poids

Sachant qu'une perte de poids de 5 % à 10 % du poids initial, lorsqu'elle est indiquée, peut améliorer la santé des gens, la démarche devrait favoriser une perte de poids graduelle, c'est-à-dire une moyenne de perte de poids d'au plus 1 à 2 lbs (0,5 à 1 kg) par semaine, correspondant à un déficit de l'apport énergétique de 500 à 1 000 kcal (2 000 à 4 000 kJ) par jour, et un apport en énergie n'allant pas en deçà d'un seuil minimal de 1 200 kcal (5 000 kJ) à 1 500 kcal (6 500 kJ) par jour, pour les femmes et les hommes respectivement. Idéalement, il y aurait lieu d'utiliser une stratégie mixte, c'est-à-dire qui favorise également une augmentation de la dépense énergétique afin de réduire l'ampleur de la restriction énergétique.

2. L'approche utilisée (incluant l'encadrement)

L'approche en lien avec une démarche de perte de poids devrait être globale (c'est-à-dire basée sur l'alimentation, l'activité physique et une démarche de modification des comportements), tout en étant individualisée (c'est-à-dire fondée sur une évaluation biopsychosociale de la personne en tenant compte de son âge). Dans le cadre d'une démarche de perte de poids misant sur une approche globale, aucun produit, supplément alimentaire ou appareil ne devrait être requis en complément du plan alimentaire et du plan d'activités physiques. L'encadrement offert lors d'une démarche de perte de poids devrait être assuré par un personnel qui compte un ou des professionnels de la santé tels des médecins, des diététistes et des kinésiologues, et, idéalement, par une équipe multidisciplinaire de professionnels de la santé.

3. L'intervention alimentaire

La démarche de perte de poids devrait favoriser une alimentation saine dont la consommation d'une variété d'aliments provenant des quatre grands groupes du *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*, selon les recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens. Conformément à une approche individualisée, la démarche de perte de poids devrait comporter une intervention alimentaire basée sur une évaluation des habitudes alimentaires de la personne.

4. L'activité physique

La démarche de perte de poids devrait favoriser la pratique d'activités physiques sur une base régulière (idéalement un minimum de 30 minutes par jour), et ce, de façon progressive en tenant compte de l'âge et des habitudes d'activités physiques de la personne.

5. L'efficacité de la démarche

La démarche de perte de poids devrait reposer sur des principes scientifiques bien établis, entre autres, selon le concept de données probantes, et son efficacité à long terme (au minimum un an) devrait être évaluée.

6. L'innocuité (dangerosité) de la démarche

La démarche de perte de poids devrait être sécuritaire, c'est-à-dire qu'il ne devrait pas y avoir de doute quant à sa dangerosité.

7. La promotion et la publicité associées à la démarche

Les allégations associées à la démarche de perte de poids devraient être conformes aux lois et règlements en place. Elles devraient, entre autres, faire appel à des affirmations réalistes et à une information juste et complète.

[d] Association pour la santé publique du Québec (2004). *Mémoire sur la proposition législative de Santé Canada*, présenté à Santé Canada dans le cadre du Renouveau législatif en matière de protection de la santé, Montréal, 109 pages.

POUR LES ADULTES QUI PRÉSENTENT UN SURPLUS DE POIDS (IMC ≥ 25), SANS AUTRE PROBLÈME DE SANTÉ ASSOCIÉ

Actuellement, les recommandations des groupes d'experts ne sont pas unanimes à cet égard.

Le **Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs**[e] indique que les preuves scientifiques sont contradictoires pour se prononcer en faveur ou contre la mesure de l'IMC et une intervention visant la réduction de poids chez les personnes avec un surplus de poids (IMC≥25) qui n'ont pas d'autres problèmes de santé associés, compte tenu que les études démontrent que cela n'est efficace à long terme que dans très peu de cas.

Le **US Preventive Services Task Force (USPSTF)**[f] recommande, quant à lui, que les cliniciens déterminent l'obésité à l'aide de l'IMC et offrent un **counselling intensif** aux personnes obèses (IMC≥30) ciblant l'alimentation et l'activité physique, associé à des interventions comportementales visant le développement d'habiletés, la motivation et des stratégies de soutien. Un counselling intensif est défini comme étant plus d'une rencontre par mois, au moins durant les trois premiers mois de l'intervention.

Par ailleurs, le USPSTF mentionne que les preuves ne sont pas suffisantes pour se prononcer pour ou contre le **counselling modéré ou de faible intensité** associé à des interventions comportementales auprès des personnes obèses (IMC ≥30), ni pour recommander ou non le counselling de quelque niveau d'intensité que ce soit associé à des interventions comportementales auprès des **personnes qui présentent un embonpoint (IMC de 25 à 29,9).**

POUR LES ENFANTS

Un énoncé émis par Les diététistes du Canada, la Société canadienne de pédiatrie, le Collège des médecins de famille du Canada et l'Association canadienne des infirmières et infirmiers en santé communautaire indique d'abord qu'il existe peu de données démontrant le bénéfice de la surveillance de la croissance des enfants sur les issues cliniques. Ces auteurs estiment que ceci serait dû au fait que très peu de recherches existent sur ce sujet et non pas à une absence de bénéfices. Par la suite, ils recommandent[g] :

- d'utiliser les courbes de croissance des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) jusqu'à ce que les diverses courbes existantes aient été évaluées et que l'une d'entre elles soit adoptée au Canada;
- d'inscrire l'IMC en fonction de l'âge pour identifier les enfants de deux ans ou plus qui seraient susceptibles de développer des maladies reliées à un excès d'adiposité;
- que les enfants dont l'embonpoint est présumé et dont l'IMC par rapport à l'âge est égal ou supérieur au 85e percentile et qui présentent des complications de l'obésité, ou dont l'IMC par rapport à l'âge est égal ou supérieur au 95e percentile avec ou sans complications, doivent subir une évaluation et peut-être entreprendre un traitement. Une démarche axée sur la famille est recommandée pour favoriser une alimentation saine et la pratique d'activités physiques ainsi que pour réduire les activités sédentaires.

e Doucetis J., et autres (1999). « Examen médical périodique, mise à jour de 1999 : 1. Détection, prévention et traitement de l'obésité », avec la collaboration du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, *JAMC*, 160, p. 513-525

f U.S. Preventive Services Task Force (2003). *Recommendations and Rationale, Screening for Obesity in Adults*, [En ligne] [www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/obesity/obesrr.htm] (décembre 2004).

g Les diététistes du Canada, la Société Canadienne de pédiatrie, le Collège des médecins de famille du Canada et l'Association canadienne des infirmières et infirmiers en santé communautaire (2004). « L'utilisation des courbes de croissance pour évaluer et surveiller la croissance des nourrissons et des enfants canadiens. » Comité de nutrition. *Paediatrics and Child Health*, 9(3) : p.171-180.

ANNEXE 3

EXEMPLES D'INTERVENTIONS SUR LES ENVIRONNEMENTS PHYSIQUES ET SOCIAUX REGROUPÉS SELON LES CATÉGORIES DE FACTEURS DE COHEN

DISPONIBILITÉ ET ACCESSIBILITÉ DE PRODUITS

Gouvernement
- Sensibiliser l'industrie agroalimentaire à des formats individuels appropriés d'aliments

Milieux de travail
- Offrir des menus et des aliments nutritifs à coût abordable
- Offrir des occasions de pratique d'activités physiques

Milieux de garde
- Offrir des occasions de pratique d'activités physiques et des aliments sains

Restaurants
- Implanter des programmes comme les *Menus Mieux Vivre*
- Offrir des portions adéquates

Municipalités
- Offrir une programmation variée d'activités physiques à coût abordable
- Rendre accessibles des aliments sains dans le cadre de leurs activités et dans leurs installations

Organismes communautaires, groupes de citoyens
- Favoriser l'accessibilité à des aliments sains pour tous (sécurité alimentaire) ainsi qu'à des activités familiales à coût abordable

Services de santé et services sociaux
- Encourager les professionnels de la santé à recourir aux pratiques cliniques préventives
- Offrir des aliments sains à l'intention de leur clientèle et de leurs employés ainsi que des occasions de pratique d'activités physiques

Industrie agroalimentaire
- Offrir à coût abordable des aliments sains
- Offrir des formats individuels appropriés

Écoles
- Rendre accessibles des aliments sains
- Élargir la gamme d'activités récréatives sur l'heure du midi et après les heures de classe

Direction de santé publique
- Exercer un rôle d'influence par rapport à l'importance de la disponibilité et de l'accessibilité aux moyens favorisant la pratique d'activités physiques et une alimentation saine
- Rendre accessibles de la formation et des outils pour les différents intervenants interpellés

STRUCTURES PHYSIQUES

Gouvernement
- Favoriser la mise en place d'infrastructures favorisant l'activité physique (ex.: pistes cyclables, aires de jeu, ...)
- S'assurer de l'accessibilité des services de santé et des services sociaux pour les personnes ayant un excès de poids

Milieux de travail
- Aménager des environnements favorables à la pratique d'activités physiques et à l'adoption de saines habitudes alimentaires

Services de santé et services sociaux
- Réaliser des actions d'influence pour favoriser la création d'infrastructures physiques favorisant la pratique d'activités physiques et une alimentation saine sur leur territoire
- Offrir des services de santé pour les personnes ayant un surplus de poids

Municipalités
- Augmenter l'accessibilité des infrastructures de loisirs
- Améliorer la sécurité des milieux afin de favoriser la pratique d'activités physiques
- Rendre les parcours sécuritaires pour aller à l'école à pied ou à vélo

Organismes communautaires, groupes de citoyens
- Réaliser des actions d'influence pour favoriser la création d'infrastructures physiques favorisant la pratique d'activités physiques et une alimentation saine sur leur territoire

Milieux de garde
- Aménager des aires de jeu sécuritaires

Écoles
- Aménager des installations sportives
- Aménager la cour d'école
- Améliorer l'accès au matériel

Direction de santé publique
- Exercer un rôle d'influence et soutenir les différents milieux pour favoriser la création d'infrastructures physiques favorisant la pratique d'activités physiques et une alimentation saine

STRUCTURES SOCIALES ET POLITIQUES

Gouvernement
- Adopter des politiques visant à diminuer le prix des aliments sains
- Réglementer l'étiquetage des produits alimentaires
- Implanter une politique de revenu adéquat pour tous
- Implanter des mesures de conciliation travail-famille, incluant des mesures favorisant l'allaitement maternel
- Adopter des politiques économiques et sociales de transport, de loisir et d'urbanisation favorables à l'adoption de saines habitudes de vie

Milieux de travail
- Accorder du temps pour favoriser la pratique d'activités physiques
- Implanter une politique alimentaire

Municipalités
- Favoriser l'adoption d'un règlement de zonage limitant la présence de restaurants de type « fast food » à proximité des écoles
- Modifier les normes et les pratiques alimentaires dans les établissements publics
- Influencer les associations afin qu'elles rejoignent davantage les personnes sédentaires

Écoles
- Augmenter le temps d'éducation physique
- Implanter une politique alimentaire

Milieux de garde
- Implanter une politique alimentaire
- Favoriser l'allaitement maternel

Organismes communautaires, groupes de citoyens
- Participer à des mécanismes de concertation visant l'adoption de saines habitudes de vie

Services de santé et services sociaux
- Réaliser des actions d'influence et de soutien auprès des partenaires locaux interpellés par la prévention du surplus de poids

Direction de santé publique
- Exercer un rôle d'influence auprès des instances de la région par rapport à l'importance des structures sociales et politiques favorisant la pratique d'activités physiques et de saines habitudes alimentaires

MESSAGES CULTURELS ET MÉDIATIQUES

Gouvernement
- Réaliser des campagnes promotionnelles sur les saines habitudes de vie, incluant l'allaitement maternel
- Réaliser des actions d'influence quant aux déterminants individuels et environnementaux associés à l'adoption d'un mode de vie sain et actif
- Réaliser des actions d'influence auprès des médias afin de favoriser une représentation réaliste et plus diversifiée des silhouettes

Services de santé et services sociaux
- Réaliser des actions locales en soutien aux campagnes nationales
- Réaliser des actions d'influence quant aux déterminants individuels et environnementaux associés à l'adoption d'un mode de vie sain et actif

Milieux de travail
- Participer aux différentes campagnes nationales favorisant de saines habitudes de vie

Industrie agroalimentaire
- Participer à des programmes de promotion d'aliments sains

Médias
- Favoriser une représentation réaliste et plus diversifiée des silhouettes
- Participer aux campagnes nationales favorisant de saines habitudes de vie

Organismes communautaires, groupes de citoyens
- Participer aux campagnes nationales favorisant de saines habitudes de vie

Restaurants
- Présenter de façon attrayante les aliments sains sur leur menu et informer le consommateur de la valeur nutritive de ceux-ci

Écoles
- Réaliser des interventions qui incluent aussi un volet s'adressant aux parents afin qu'ils soutiennent l'adoption de saines habitudes de vie
- Participer aux campagnes nationales favorisant de saines habitudes de vie

Milieux de garde
- Favoriser l'allaitement maternel
- Participer aux différentes campagnes nationales favorisant de saines habitudes de vie

Milieu municipal
- Participer aux différentes campagnes nationales favorisant de saines habitudes de vie

Direction de santé publique
- Informer la population sur les données relatives à la problématique du poids et sur l'importance des mesures mises en œuvre
- Réaliser des actions régionales en soutien aux campagnes nationales et exercer un rôle d'influence auprès des instances concernées